



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 62

62

Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie

Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte
von 2006 bis 2016

Agnes von Wyl, Erica Chew Howard, Laura Bohleber, Patrick Haemmerle

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

In der **Reihe «Obsan Dossier»** erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Agnes von Wyl, Erica Chew Howard, Laura Bohleber, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
- Patrick Haemmerle, Spezialarzt in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Freiburg

Projektleitung Obsan

Daniela Schuler

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 62

Zitierweise

von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016* (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Druck

in der Schweiz

BFS-Nummer

1037-1702-05

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)
Diese Publikation ist nur in elektronischer Form erhältlich.

ISBN

978-2-940502-70-7

© Obsan 2017



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie

Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte
von 2006 bis 2016

Autoren Agnes von Wyl, Erica Chew Howard,
Laura Bohleber, Patrick Haemmerle

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2017

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	4	3.3.1 Schulpsychologische Dienste (SPDs)	31
Résumé	8	3.3.2 Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen	33
Abkürzungsverzeichnis	12	3.3.3 Schulärztliche Dienste	33
1 Ausgangslage und Fragestellung	15	3.4 Versorgungsangebote im Fokus	33
2 Methodisches Vorgehen und Suchresultate	16	3.4.1 Autismus Diagnostik- und Beratungsangebote	33
2.1 Systematische Literatur- und Internetrecherche	16	3.4.2 Infant Mental Health	34
2.1.1 Literaturdatenbanken	16	3.4.3 Mobile Versorgung	34
2.1.2 Universitäten und Fachhochschulen	19	3.4.4 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	35
2.1.3 Private Forschungsinstitutionen	21	3.4.5 Stationäre Kinder- und Jugendhilfe	35
2.1.4 Nationale Ebene	21	3.4.6 Projekte zur Gesundheitsförderung	35
2.1.5 Kantonale Ebene	22	4 Epidemiologie	38
2.2 Gesammelte Suchresultate	23	4.1 Prävalenz von psychischen Störungen und Auffälligkeiten	40
3 Versorgung und Inanspruchnahme	24	4.1.1 Studien zu psychischen Störungen	40
3.1 Institutionelle, psychiatrische Versorgung	25	4.1.2 Studien zu psychischen Auffälligkeiten	41
3.1.1 Institutionelle psychiatrische Angebote: Angebotslage	25	4.1.3 Internationale Daten zur Prävalenz psychischer Störungen bzw. Auffälligkeiten	43
3.1.2 Institutionelle psychiatrische Angebote: Inanspruchnahme	27	4.1.4 Fazit	44
3.1.3 Institutionelle psychiatrische Angebote: Versorgungssituation	29	4.2 Allgemeines psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit	44
3.2 Nicht-institutionelle, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	30	4.2.1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-Jährigen (HBSC)	45
3.2.1 Versorgungssituation und Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater	30	4.2.2 Schulgesundheitsbefragungen	47
3.2.2 Die Versorgung psychischer Störungen durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	31	4.2.3 Stress und Leistungsdruck bei 15- bis 21-Jährigen	49
3.2.3 Die Versorgung psychischer Störungen durch Kinderärztinnen und Kinderärzte	31	4.2.4 Die Lebensqualität von Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen	50
3.3 Angebote in der Schule	31	4.2.5 Fazit	50
		4.3 Risikofaktoren für psychische Erkrankungen	51
		4.3.1 Kinder und Jugendliche in Belastungssituationen	51
		4.3.2 Konsum psychoaktiver Substanzen	51
		4.3.3 Mediennutzung	54

4.3.4	Essen/Körperbild und psychische Gesundheit	55
4.3.5	Religion und psychische Gesundheit	55
4.3.6	Fazit	55
4.4	Aktuell laufende Studien	55
4.4.1	The Swiss Preschoolers' health study (SPLASHY)	55
4.4.2	Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)	56
4.4.3	Zürcher Längsschnitt- und Familienstudie (ZüLFS bzw. ZInEP TP9)	56
4.4.4	Binational Evaluation of At-Risk Symptoms in Children and Adolescents (BEARS-Kid-Studie)	56
5	Diskussion	57
<hr/>		
6	Fazit	60
<hr/>		
7	Literaturverzeichnis	62
<hr/>		

Management Summary

Gute Versorgung braucht verlässliche Zahlen – doch fehlen diese im Bereich der psychischen Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter in der Schweiz weitgehend.

In der Epidemiologie fehlen aktuelle schweizweite Prävalenzzahlen für psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen. Auch Angaben zu Häufigkeiten und Verteilung psychischer Auffälligkeiten sind nur von einigen Kantonen bzw. Städten und ausschliesslich für Kinder im Schulalter vorhanden. Über die psychische Gesundheit von Kindern im Vorschulalter ist nichts bekannt, obwohl man heute davon ausgeht, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter genauso häufig sind wie später in der Entwicklung und eine frühzeitige Erkennung sich günstig auf den weiteren Verlauf auswirken könnte.

Präzise Versorgungsdaten sind unabdingbar, um das Behandlungsangebot den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen anzupassen. Informationen zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen liegen vor. Entsprechende Angaben zu ambulanten – ärztlich sowie nicht-ärztlich psychotherapeutischen – Behandlungen fehlen jedoch gänzlich. Dies obwohl im ambulanten Bereich bedeutend mehr Behandlungen stattfinden und aus gesundheitspolitischer Perspektive der ambulante Bereich weiter gefördert werden soll.

Dieser Bericht gibt einen Überblick über empirische Arbeiten und Berichte welche von 2006 bis 2016 zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz veröffentlicht wurden. Der Fokus liegt dabei auf der Versorgungslage, Inanspruchnahme und Epidemiologie. Um die Informations- und Datenlage möglichst präzise einschätzen zu können und auch sogenannte graue Literatur einzubeziehen, wurde die Literaturrecherche durch eine systematische Internetrecherche ergänzt. So flossen neben der in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publizierten Literatur beispielsweise auch Jahresberichte von Kliniken sowie Informationen von Fachstellen und Verbänden in diesen Bericht mit ein.

Versorgung und Inanspruchnahme

Im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde 2006 bis 2016 wenig empirische Literatur publiziert und eine systematische Datenerfassung existiert ausschliesslich bei Behandlungen im stationären Sektor.

Mehrere Berichte zur *Versorgungssituation*, welche auf Befragungen von Fachkräften basierten, wiesen deutlich auf eine Unterversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hin, sowohl für den institutionellen als auch für den privaten Sektor (Haemmerle, 2007; Guggenbühl, Ettlín & Ruffin, 2012; Stocker et al., 2016). Dies bedeutet oftmals lange Wartezeiten für die Kinder und Jugendlichen von bis zu zwei oder mehr Monaten für einen Therapieplatz. So mussten z.B. im Kanton Zürich wegen Platzmangel die Hälfte der jugendlichen Notfälle in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie eingewiesen werden (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion, 2016).

Von den drei Hauptakteuren in der Versorgung – den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten (KJPDs) bzw. Kliniken, den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sowie den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – wurden lediglich Daten zur Inanspruchnahme *stationärer* Behandlungen in den KJPDs bzw. Kliniken systematisch in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erfasst. Ab 2013 wurde diese Statistik vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) durch einige Qualitätsvariablen ergänzt (z.B. Einschätzung der Symptombelastung durch die Patientinnen und Patienten). Diese werden jährlich in einem Qualitätsbericht publiziert. Der Zugang zu Informationen über die Inanspruchnahme *ambulanter* Leistungen gestaltet sich weit schwieriger. Lediglich ein Teil der Institutionen veröffentlichte Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Angebote in ihren Jahres- oder Geschäftsberichten. Um die vorhandenen bzw. fehlenden Informationen einschätzen zu können, wurden alle verfügbaren Jahresberichte aus dem Jahr 2015 analysiert. Die Hälfte der Institutionen publizierten Angaben zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Diese sind

jedoch schwierig zu vergleichen, da die Leistungen uneinheitlich z.B. als Taxpunkte, Fälle, Stunden oder auch Behandlungstage aufgeführt wurden. Gut ein Drittel der untersuchten Berichte präsentierte Zusatzinformationen wie Geschlecht oder Alter.

Auswertungen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen zeigten, dass im Jahr 2015 2528 psychiatrische Fälle behandelt und abgeschlossen wurden (McKernan, Harfst, & Bührlen, 2016). Die am häufigsten behandelten Diagnosegruppen waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), affektive Störungen (F3) und verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9). Mit rund 60% wurden deutlich mehr Mädchen als Jungen stationär behandelt. Dagegen wurden in allen fünf KJPDs, welche in ihren Jahresberichten die Zahlen nach Geschlecht aufgeschlüsselt hatten, mehr Jungen (zwischen 54% und 60%) als Mädchen ambulant behandelt.

Durch den regelmässigen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen sind schliesslich auch Kinderärztinnen und Kinderärzte für die (Früh-)Erkennung von Bedeutung. Ein Grossteil der Kinderärztinnen und Kinderärzte diagnostizieren und behandeln mutmassliche psychische Störungen – vor allem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – oft selber und verweisen die Kinder und Jugendlichen eher selten an Fachärztinnen und -ärzte (In-Albon, Zumsteg, Müller, & Schneider, 2010). Weitere wichtige Akteure bei der Behandlung und Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind schulpsychologische Dienste, schulärztliche Dienste, sowie Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen. Die kantonale oder kommunale Organisation dieser Einrichtungen bestimmt das Angebot dieser Fachstellen. Die Verfügbarkeit dieser Angebote kann sich also von Gemeinde zu Gemeinde unterscheiden. Doch nicht nur die Angebotssituation unterscheidet sich stark; es existiert auch keine einheitliche Datenerhebung in den Kantonen oder Gemeinden, sodass für diese Bereiche keine gesamtschweizerischen Daten vorhanden sind. Dies hat auch zur Folge, dass nicht beurteilt werden kann, welchen Stellenwert diese Dienste und Beratungsstellen im gesamten Versorgungssystem haben.

Für einige spezifische Versorgungsthemen gestaltet sich die Informationslage etwas besser. So existieren detailliertere Forschungsberichte zu Versorgungsangeboten für Autismus-Diagnostik (Schweizerischer Bundesrat, 2015), psychische Gesundheit bei Säuglingen und Kleinkindern (Hall-Bieri, 2013) sowie mobile Versorgung (Baier et al., 2013; Urben et al., 2015). Zum Beispiel liegt eine schweizweite Studie zu Autismus vor, laut welcher sich die Autismus-Diagnostik, Beratung und Vernetzung in den letzten zehn Jahren verbessert hat. In einer weiteren Erhebung wurden schweizweit 39 psychotherapeutisch ausgerichtete Sprechstunden für Eltern und ihre Säuglinge ermittelt, ein Drittel davon im Kanton Zürich. Unterschiedliche Formen der mobilen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einem bestimmten Betreuungsbedarf werden als intermediäres Angebot in mehreren Kantonen angeboten. Ein Beispiel dafür sind die in den Kantonen Basel-Stadt und Thurgau etablierten Formen der sog. multisystemischen Therapie. Auch in der französischen Schweiz ist die mobile Versorgung verankert: So bieten sowohl der Kanton Freiburg, als auch der Kanton Waadt mehrere aufsuchende Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche an, etwa die aufsuchende Therapie für Jugendliche in betreuten Wohneinrichtungen.

Epidemiologie

Es existieren einige wenige nicht-repräsentative Studien zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei spezifischen Personengruppen, z.B. bei delinquenten Jugendlichen. Es gibt aber keine aktuellen national repräsentativen Zahlen zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Bis heute werden die Referenzwerte der im Kanton Zürich durchgeführten ZESCAP-Studie (Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology) von 1994 sowie der darauf aufbauenden Längsschnittstudie ZAPPS (Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie, Datenerhebungen 1994 bis 2004/05) zitiert. Die Studien zeigen, dass 22,5% der Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich in den sechs Monaten vor der Befragung von irgendeiner psychischen Erkrankung betroffen waren (Steinhausen et al., 1998).

Zwei jüngere Studien untersuchten spezifische psychische Störungsgruppen in repräsentativen Erhebungen: Die Optimus-Studie ermittelte die Prävalenzrate von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) anhand einer Schülerbefragung in neunten Klassen. Mit 6,2% für Mädchen und 2,4% für Jungen sind die PTSD-Prävalenzraten bei Jugendlichen in der Schweiz beträchtlich hoch (Landolt et al., 2013). Die Swiss University Study of Nutrition, eine Befragung von Schülerinnen und Schülern in dritten bis sechsten Klassen in Deutsch- und Westschweizer Schulen, zeigte, dass 3% der Kinder ein restriktives Essverhalten gemäss den DSM-5 Kriterien für eine Störung mit Einschränkung oder Vermeidung der Nahrungsaufnahme aufwiesen (z.B. Kurz et al., 2015).

Weitere Studien existieren zu psychischen Auffälligkeiten. Dabei stehen nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen im Fokus, sondern auch sub-klinische Auffälligkeiten, welche mithilfe von Skalen bzw. Fragebogen ermittelt werden. Psychische

Auffälligkeiten wurden mehrmals anhand repräsentativer Schülerbefragungen erhoben, welche jedoch auf Kantone oder Städte begrenzt waren. So zeigten 16% der Stadtzürcher Achtklässlerinnen und Achtklässler hohe Werte in Bezug auf Nervosität, Ängstlichkeit und Anspannung, wobei Mädchen häufiger an belastenden Ängsten litten als Jungen. Ähnlich häufig (17%) gaben die Jugendlichen depressive Symptome in klinischem Ausmass an. In einer Befragung von über 7400 Schülerinnen und Schülern der siebten bis neunten Klassen im Kanton Freiburg erzielten 15% der Befragten Werte, die auf Angstzustände und 11% Werte, die auf depressive Tendenzen hindeuteten. Ein Viertel der Mittelschülerinnen und Mittelschüler der vierten Klasse der Region Lugano zeigten grenzwertig auffällige oder auffällige Werte im Strength and Difficulties Questionnaire, einem Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten.

Schülerbefragungen und HBSC-Studien (Health Behaviour in School-aged Children) liefern Daten zum allgemeinen psychischen Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Die HBSC-Studien werden seit 1986 alle vier Jahre bei einer Stichprobe von rund 10'000 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren durchgeführt. Verschiedene Kantone gaben mit einer Erweiterung der Stichprobe zusätzlich kantonale Erhebungen in Auftrag. Der Grossteil der befragten Schülerinnen und Schüler berichtete über eine hohe Lebenszufriedenheit, Jungen schätzten sie tendenziell etwas höher ein als Mädchen. Während Jungen in der HBSC-Studie von 2014 über die verschiedenen Altersgruppen hinweg ein vergleichbares Ausmass an Stress angaben, nahm bei Mädchen der Stress im Jugendalter zu. In der Juvenir-Studie nahm die Stressbelastung bei den befragten Mädchen und Jungen bis zum Ende der Adoleszenz zu (Juvenir-Studie 4.0, 2015). Viele Mädchen wie auch Jungen haben ein negatives Körperbild. In den Kantonen Obwalden, Nidwalden und Uri antworteten über 40% der 15-jährigen Mädchen und Jungen, sie seien entweder zu dick oder zu dünn (Kretschmann et al., 2015b) und 40% der Stadtzürcher Achtklässlerinnen fanden sich trotz normalem oder untergewichtigem Body-Mass-Index zu dick (Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2013).

Eine schweizweite Studie zur Lebensqualität von Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen, die CSHCN-Studie (Children with Special Health Care Needs; Dey et al., 2012), beschäftigte sich mit den Konsequenzen von Krankheiten und Störungen für die Kinder. Von den 10'830 gescreenten Kindern hatten 1492 Kinder spezielle Versorgungsbedürfnisse, 919 davon psychische Probleme. Das entspricht 8,5% der befragten Kinder. In der Nachfolgestudie S-YESMH soll das ursprüngliche Sample der CSHCN-Studie wieder angeschrieben werden, um Prävalenzraten der bedeutendsten psychischen Störungen für den Altersbereich der 16- bis 20-Jährigen einzuschätzen. Die Datenerhebung läuft von 2016 bis 2018.

In einigen Studien wurden Risikofaktoren für psychische Erkrankungen untersucht. Studien zum Substanzkonsum wurden beispielsweise hier zugeordnet, aber auch Studien zum Medienkonsum, da vor allem die Nutzung der sozialen Medien als Risikofaktor für psychische Beeinträchtigungen diskutiert wird. Aufgrund der HBSC-Studien zeigte sich in der Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen in den Jahren 2006 bis 2014 ein Rückgang beim Alkohol- und Zigarettenkonsum, nicht aber beim Cannabiskonsum. Ausgehend von der HBSC-Studie von 2010 wurde aus individuellen und sozialen Charakteristika, wie z.B. körperliche oder psychische Symptome oder wahrgenommene elterliche Kontrolle, ein kumulativer Vulnerabilitätsfaktor gebildet und gezeigt, dass er mit einem oder mehreren Risikoverhalten korreliert (aggressives Verhalten, Konsum psychoaktiver Substanzen etc.). Gemäss dieser Klassifikation wurden etwa 7% der in der Schweiz lebenden 11- bis 15-Jährigen als vulnerabel eingeschätzt (Archimi & Delgrande Jordan, 2014). Schliesslich zeigte eine Studie, dass die Kinder eines heroïnabhängigen Elternteils im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nicht nur signifikant mehr Cannabis- und Alkoholmissbrauch aufwiesen, sondern auch mehr ADHS-Diagnosen (Vidal et al., 2012). In der HBSC-Studie von 2014 (Sucht Schweiz, 2015) gaben knapp 10% der 13- bis 15-jährigen Jugendlichen an, in den letzten paar Monaten schon über SMS oder Internet geplagt oder schikaniert worden zu sein. Aus einer Befragung zu Internet-Sucht im Kanton Waadt resultierte für 12% der Befragten ein problematischer Internetgebrauch.

Wie weiter?

In verschiedenen Ländern werden repräsentative Längs- und Querschnittstudien zur Epidemiologie psychischer Störungen und/oder Auffälligkeiten sowie Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Gesundheitsmonitorings durchgeführt. Solche Studien helfen, Massnahmen in Prävention und Behandlung zu planen. Ein Beispiel ist die laufende Mental Health of Children and Young People (MHCYP)-Studie in Grossbritannien¹, die Kinder ab zwei Jahren miteinbezieht und auch die Inanspruchnahme erfasst. Aber auch die längsschnittlich angelegte Bella-Kohortenstudie aus Deutschland ist dafür beispielhaft.

¹ <http://www.hra.nhs.uk/news/research-summaries/mhcyp-2016-v1>

Neben der Untersuchung der Inanspruchnahme liegt dabei der Fokus auf der Untersuchung von psychischen Auffälligkeiten im Lebensverlauf: von der Kindheit über die Jugend bis ins junge Erwachsenenalter hinein. Inzwischen fanden eine Basiserhebung und zwei weitere Erhebungen statt. Für die Schweiz gilt: Viele der identifizierten Datenlücken könnten mit einer ähnlichen Studie behoben werden.

Im Weiteren wäre für ein vollständiges Bild der Versorgungssituation eine Ergänzung der Daten zur medizinischen Versorgung durch Informationen über die von Beratungsdiensten angebotene Behandlung bzw. Betreuung nötig, z.B. der schulpsychologischen Dienste, der schulärztlichen Dienste oder der Familien- und Jugendberatungsstellen. Eine Koordination und Vereinheitlichung der Datensammlung wäre hier wünschenswert, wenn auch aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungssysteme schwierig umzusetzen.

Résumé

Une prise en charge de qualité demande de données fiables. De telles données font pourtant largement défaut en Suisse dans le domaine de la santé psychique des enfants et des adolescents.

En matière épidémiologique, on manque au niveau national de données sur la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents. Par ailleurs, seuls quelques cantons ou villes disposent de chiffres sur la fréquence et la distribution des manifestations d'instabilité psychique, et ces chiffres ne concernent que des enfants d'âge scolaire. On ne sait rien de la santé psychique des enfants d'âges préscolaire, même si l'on suppose que la fréquence des troubles psychiques est probablement la même que chez les enfants plus âgés et qu'une détection précoce aurait des effets bénéfiques pour la suite.

L'adaptation des offres de traitement aux besoins des enfants et des adolescents exige des données précises sur leur prise en charge. Le recours aux soins psychothérapeutiques dans le domaine stationnaire est bien documenté. Mais on manque cruellement de données concernant le domaine ambulatoire, que ce soit par des médecins ou des non-médecins. Les traitements ambulatoires sont pourtant bien plus nombreux que les traitements hospitaliers. Et la politique menée en matière de santé va dans le sens d'un renforcement de l'ambulatoire dans ce domaine.

Le présent rapport traite du thème de la santé mentale et des maladies psychiques chez les enfants et les adolescents en Suisse. Il rend compte d'études empiriques et de rapports en lien avec cette thématique entre 2006 et 2016. L'accent est mis sur la prise en charge des malades, le recours aux offres de soins et l'épidémiologie. Pour pouvoir avoir une image la plus précise possible des données et des informations existantes, y compris dans la littérature grise, les recherches bibliographiques ont été complétées par une recherche de documents publiés sur Internet. C'est pourquoi on recense ici, outre des articles parus dans des revues scientifiques, des rapports annuels de cliniques et des informations publiées par des services et des associations spécialisés.

Prise en charge des malades et recours aux offres de soins

On ne recense sur la période 2006 à 2016 qu'un petit nombre d'études empiriques sur la prise en charge d'enfants et d'adolescents par des psychiatres et des psychothérapeutes. Par ailleurs, les seules données collectées de manière systématique concernent des traitements dispensés en milieu hospitalier (domaine stationnaire).

Plusieurs rapports sur la situation en matière d'offre de soins réalisés sur la base d'interviews de professionnels montrent clairement une insuffisance de l'offre de soins pour les enfants et les adolescents par des psychiatres et des psychothérapeutes, qu'elle soit institutionnelle ou privée (Haemmerle, 2007; Guggenbühl, Ettlín & Ruffin, 2012; Stocker et al., 2016). Les délais d'attente pour être admis en thérapie peuvent atteindre deux mois ou plus. Par exemple, dans le canton de Zurich, la moitié des jeunes ayant besoin d'une intervention urgente doit être envoyée dans des établissements de psychiatrie pour adultes, par manque de places (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion, 2016).

Si l'on considère les trois principaux groupes d'acteurs, à savoir les services et cliniques de psychiatrie pour enfants et adolescents, les psychiatres pour enfants et adolescents travaillant en cabinet et les psychothérapeutes pour enfants et adolescents, la statistique médicale des hôpitaux ne contient de données sur les soins hospitaliers (domaine stationnaire) que pour le premier groupe (services et cliniques de psychiatrie). L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a complété en 2013 la statistique médicale des hôpitaux de plusieurs variables portant sur la qualité (p. ex. estimation de l'importance des symptômes par les patients). Les résultats des mesures sont publiés chaque année dans un rapport sur la qualité. Les informations sur le recours aux prestations ambulatoires sont encore plus lacunaires. Une analyse de l'ensemble des rapports annuels disponibles en 2015 montre que la moitié des institutions ont publié des données sur le recours à des prestations ambulatoires. Les données sont toutefois difficiles à comparer, en raison de l'hétérogénéité des

méthodes utilisées pour les mesures (effectuées en points tarifaires, en cas, en heures, voire en jours de traitement). Un peu plus du tiers des rapports examinés contiennent des informations supplémentaires telles que le sexe et l'âge.

D'après la statistique médicale des hôpitaux, 2528 cas psychiatriques ont été traités en stationnaire en 2015 (McKernan, Harfst, & Bühlren, 2016). Les groupes de diagnostics les plus fréquemment traités étaient les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatoformes (F4), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles du comportement et les troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9). On note une proportion nettement plus élevée de filles traitées en milieu stationnaire (60% environ). Cinq services de psychiatrie pour enfants et adolescents ont publié dans leurs rapports annuels des chiffres ventilés par sexe, qui indiquent à l'inverse que la part des garçons dépasse celle des filles chez les personnes prises en charge de manière ambulatoire (entre 54 et 60%).

Les pédiatres jouent aussi un rôle important dans la détection (précoce) des problèmes des enfants et des adolescents, du fait qu'ils ont avec eux des contacts réguliers. Ils sont nombreux à diagnostiquer eux-mêmes les troubles psychiques (supposés ou réels), notamment le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez leurs patients, et ne les envoient que relativement rarement chez un spécialiste (In-Albon, Zumsteg, Müller, & Schneider, 2010). Parmi les autres acteurs de la prévention et du traitement des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents, on trouve les psychologues et les médecins scolaires, les services de consultation familiale, les services socio-éducatifs et les centres de consultation pour enfants et adolescents. Les prestations proposées varient d'une commune à une autre, en fonction de l'organisation des services à l'échelon local. Les relevés ne sont pas non plus homogènes dans les communes et les cantons, de sorte qu'il n'existe pas de données comparables au niveau suisse. Il n'est par conséquent pas possible de juger du rôle joué par ces services dans le système suisse de santé.

Dans quelques domaines spécifiques, on dispose d'informations un peu plus étoffées. Les offres de soins en matière de diagnostic de l'autisme (Schweizerischer Bundesrat, 2015), la santé psychique des nourrissons et des enfants en bas âge (Hall-Bieri, 2013) et l'offre de soins par des équipes mobile (Baier et al., 2013; Urben et al., 2015) ont ainsi fait l'objet de rapports de recherche détaillés. Un rapport suisse sur l'autisme met par exemple en évidence une amélioration du diagnostic d'autisme et des réseaux de conseils au cours des dix dernières années. Une autre étude fait état, dans toute la Suisse, de 39 cabinets de conseils offrant des thérapies psychothérapeutiques des parents et pour leurs nouveau-nés, dont un tiers dans le seul canton de Zurich. Plusieurs cantons proposent des formes intermédiaires de prestations dispensées par des équipes mobiles à des enfants et des adolescents ayant des besoins spécifiques. Citons par exemple la thérapie multisystémique pratiquée dans les cantons de Bâle-Ville et de Thurgovie. Des équipes mobiles de soins existent aussi en Suisse romande: les cantons de Fribourg et de Vaud ont mis en place différentes offres thérapeutiques destinées par exemple aux adolescents vivant dans des foyers où ils bénéficient d'un encadrement.

Épidémiologie

On ne compte que quelques études non représentatives sur la prévalence des maladies psychique dans certaines populations cibles, comme les adolescents délinquants, mais pas de données récentes représentatives au niveau suisse sur la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents. On se réfère toujours à l'étude zurichoise ZESCAP (Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology) réalisée en 1994 et à l'étude longitudinale réalisée dans son sillage sur la base de relevés réalisés de 1994 à 2004/05 (Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie - ZAPPS). Ces études montrent que 22,5% des enfants et des adolescents du canton de Zurich étaient affectés par une maladie psychique au cours des six mois précédent le relevé (Steinhausen et al., 1998).

Deux études plus récentes fondées sur des relevés représentatifs ont porté sur des groupes de troubles psychiques spécifiques. La première, l'étude Optimus, a déterminé le taux de prévalence des troubles de stress post-traumatiques (TSPT) à partir d'une enquête auprès d'élèves de neuvième année. Selon ses résultats, les taux de prévalence des TSPT sont particulièrement élevés chez les adolescents suisses, avec 6,2% chez les filles et 2,4% chez les garçons (Landolt et al. 2013). La seconde, la Swiss University Study of Nutrition, une enquête réalisée en Suisse romande et en Suisse alémanique auprès des élèves des classes allant de la troisième à la sixième a montré que 3% des enfants présentent des troubles d'évitement ou de restriction de l'ingestion d'aliments selon les critères de la DSM-5 (par ex. Kurz et al. 2015).

D'autres études portent sur les manifestations d'instabilité psychique, et plus particulièrement sur les signes subcliniques de maladies psychiques non diagnostiquées, qu'on peut déterminer à l'aide d'échelles ou d'un questionnaire. Des enquêtes

représentatives ont été menées auprès d'élèves pour cerner ces manifestations d'instabilité psychique, mais elles se sont limitées à certains cantons et à certaines villes. Elles indiquent que 16% des élèves de huitième année des écoles de la ville de Zurich présentent des niveaux élevés de nervosité, d'anxiété et de stress, les filles étant plus affectées par des angoisses que les garçons. Une proportion similaire d'adolescents (17%) indique souffrir de symptômes dépressifs qui justifieraient une prise en charge clinique. Lors d'une enquête réalisée dans le canton de Fribourg auprès de 7400 élèves des classes de septième, huitième et neuvième années, 15% des jeunes interrogés ont indiqué souffrir d'angoisses et 11% ont montré des tendances dépressives. Une enquête visant à relever des difficultés comportementales chez les élèves de quatrième de la région de Lugano a révélé chez un quart de ceux-ci un état limite ou un état anormal.

Les enquêtes auprès des élèves et les études HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) livrent des données sur le bien-être psychique et sur le degré de satisfaction des enfants et des adolescents d'âge scolaire. Les études HBSC sont réalisées tous les quatre ans depuis 1986 auprès d'un échantillon de quelque 10'000 élèves âgés de 11 à 15 ans. Divers cantons ont étoffé leur échantillon et demandé des relevés supplémentaires pour leurs territoires. Lorsqu'on leur demande s'ils sont satisfaits de leur vie, la majeure partie des élèves interrogés indique un degré de satisfaction élevé, les garçons se disant un peu plus satisfaits que les filles. Dans l'étude HBSC de 2014, les garçons de tous les groupes d'âges considérés ont indiqué le même niveau de stress, tandis que celui-ci tend à augmenter avec l'âge chez les filles. L'étude *Juvenir* fait apparaître une augmentation du niveau de stress chez les filles et les garçons jusqu'à la fin de l'adolescence (*Juvenir-Studie 4.0*, 2015). De nombreuses filles et de nombreux garçons ont une image négative de leur corps. Dans les cantons d'Obwald, de Nidwald et d'Uri, plus de 40% des filles et des garçons de 15 ans s'estiment trop gros ou trop maigres (Kretschmann et al. 2014b). En ville de Zurich, 40% des huitième année présentant un indice de masse corporelle normal ou bas se disent néanmoins trop gros (Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2013).

L'étude CSHCN (Children with Special Health Care Needs Dey et al. 2012), consacrée à la qualité de vie des enfants ayant des besoins particuliers en matière de prise en charge a analysé les conséquences des maladies et des troubles dont souffrent les enfants. Sur les 10'830 enfants considérés, 1492 présentaient des besoins particuliers, dont 919 en raison de problèmes psychiques. Cela correspond à 8,5% des enfants interrogés. Un relevé commencé en 2016 et qui doit s'achever en 2018 est réalisé dans le cadre d'une étude de suivi (S-YESMH) sur la base de l'échantillon de l'étude CSHCN afin d'estimer les taux de prévalence des principaux troubles psychiques chez les 16 à 20 ans.

Différentes études portent sur les facteurs entraînant un risque de troubles psychiques. Il s'agit par exemple d'études sur la consommation de substances ou sur la consommation médiatique, étant donné que l'utilisation des médias sociaux est régulièrement citée comme facteur de risque de troubles psychiques. Les études HBSC font apparaître, chez les 11 à 15 ans, un recul de la consommation d'alcool et de cigarettes, mais pas de cannabis, sur la période 2006 à 2014. Des variables individuelles et sociales de l'étude HBSC de 2010, telles que les symptômes physiques et psychiques ou le contrôle parental ressenti ont été utilisées pour constituer un facteur cumulatif de vulnérabilité. Il a été montré qu'il est corrélé avec certains comportements à risques (comportement agressif, consommation de substances psychoactives, etc.). D'après cette classification, environ 7% des 11 à 15 ans vivant en Suisse sont considérés comme vulnérables (Archimi & Delgrande Jordan, 2014). Enfin, une étude a montré que les enfants d'un parent héroïnomanes sont non seulement significativement plus nombreux à abuser du cannabis ou de l'alcool, mais qu'ils sont aussi plus souvent diagnostiqués comme souffrant de TDAH (Vidal et al. 2012). Lors de l'étude HBSC de 2014 (*Sucht Schweiz*, 2015) près de 10% des 13 à 15 ans ont indiqué avoir été harcelés par SMS ou par Internet au cours des mois précédents l'enquête. Il ressort d'une enquête sur la dépendance à Internet réalisée dans le canton de Vaud que l'utilisation du web entraîne des problèmes psychiques chez 12% des adolescents interrogés.

Les perspectives d'analyses

Plusieurs pays réalisent, dans le cadre du monitoring de la santé, des études longitudinales et transversales représentatives sur l'épidémiologie des troubles psychiques et/ou des manifestations d'instabilité psychique et sur la prise en charge psychothérapeutique des enfants et des adolescents. Ces études facilitent la planification de mesures de prévention et de traitement. Citons par exemple l'étude britannique en cours *Mental Health of Children and Young People (MHCYP)*², qui a entre autres pour objet les enfants de deux ans et plus et le recours aux prestations. Un autre exemple est l'étude longitudinale de cohorte *Bella* réalisée en Allemagne. Elle met l'accent sur le recours aux prestations, mais aussi sur les manifestations

² <http://www.hra.nhs.uk/news/research-summaries/mhcyp-2016-v1>

d'instabilité psychique, de l'enfance au début de la période d'adulte. Cette étude a donné lieu dans l'intervalle à un relevé de base et à deux relevés complémentaires. En ce qui concerne la Suisse, la réalisation d'une étude similaire permettrait d'obtenir une bonne part des données manquantes.

Pour avoir une vision plus complète de la situation en matière de prise en charge, on pourrait par ailleurs compléter les données sur la prise en charge médicale d'informations sur les traitements et les conseils dispensés par les services de consultation (psychologues et médecins scolaires, services de consultation familiale et services socio-éducatifs). Il serait souhaitable de coordonner et d'uniformiser la collecte de données, même s'il faudra surmonter pour cela les obstacles que représentent la fragmentation des compétences et la diversité des systèmes financiers.

Abkürzungsverzeichnis

AIDA	Articoli italiani di periodici accademici
AIMA	Antenne d'Intervention dans le Milieu pour Adolescents
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APA	American Psychology Association
APD-KJ	Ambulante Psychiatrische Dienste Zug Fachstelle für Kinder und Jugendliche
ARAMIS	Administration Research Actions Management Information System
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEARS-Kid	Binational Evaluation of At-Risk Symptoms in Children and Adolescents
BFH	Berner Fachhochschule
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CBCL	Child Behavior Check List
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMP	Centre médico-psychologique
CNP	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
CSHCN	Children with Special Health Care Needs
CTJA	Centre thérapeutique de jour pour adolescents
CTJE	Centre thérapeutique de jour pour enfants
CTPE	Centre thérapeutique pour petits enfants
DAWBA INT	Development and Well-Being Assessment interview
DISC-P INT	Diagnostic interview schedule for children – Elterninterview
EFK	Eidgenössische Finanzkommission
eesp	Haute école de travail social et de la santé
eMEA	Equipe mobile enfants et adolescents
eHnv	Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
FHSG	Fachhochschule St. Gallen
FNPG	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit
FSP	Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HEP-VD	Haute école pédagogique Vaud
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HfH	Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

HLU	Hochschule Luzern
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
HoNOSCA-SR	Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating
HSW	Hochschule für Wirtschaft
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen
Kinder-DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
KJP GR	Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
KJPD SG	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst St. Gallen
KJPD SZ	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Schwyz
KJPD TG	Spital Thurgau Psychiatrische Dienste
KS GL	Kantonsspital Glarus
KS OW	Kantonsspital Obwalden
KSW	Kantonsspital Winterthur
LUPS	Luzerner Psychiatrie Luzern, Obwalden, Nidwalden
MAZ	Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen
MPH	Methylphenidat
MST	Multisystemische Therapie
MST-CAN	Multisystemische Therapie- Child Abuse and Neglect
nant	Fondation de Nant
NCBI	National Center for Biotechnology Information
npg	Netzwerk Psychische Gesundheit
OMP	Office médico-pédagogique
PAPA INT	Preschool Age Psychiatric Assessment interview
PBL	Psychiatrie Baselland
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau
PHBE	Pädagogische Hochschule Bern
PHZ	Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (jetzt phlu, phsz, phzg)
PHZH	Pädagogische Hochschule Zürich
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
PZO	Psychiatriezentrum Oberwallis
RFSM	Réseau fribourgeois de santé mentale
SAD	Schulärztliche Dienste
SAV	Standardisierte Abklärungsverfahren
SCOFF	Youth Self-Report
SDI	Schweizerischer Diagnosen-Index
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie
SMP	Servizi medico-psicologici

SoH	Solothurner Spitäler
SPD	Schulpsychologische Dienste
SPLASHY	Swiss Preschoolers' health study
Spitäler SH	Spitäler Schaffhausen
SUN	Swiss University Study of Nutrition
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
S-YESMH	Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health
UNIBA	Universität Basel
UniBE	Universität Bern
UniFR	Universität Freiburg
UNIGE	Universität Genf
UNIL	Universität Lausanne
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
UZH	Universität Zürich
WHO	World Health Organisation
YSR	Youth Self Report
ZAPPS	Zürcher Adoleszenten-, Psychologie und –Psychopathologie-Studie
ZESCAP	Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
ZInEP	Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie
ZülFS	Zürcher Längsschnitt- und Familienstudie

1 Ausgangslage und Fragestellung

Damit das Gesundheitswesen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen kann, braucht es empirische Daten zu Versorgungsangeboten, zur Inanspruchnahme und zur Epidemiologie. Die Datenlage im Bereich der psychischen Gesundheit des Kindes- und Jugendalters in der Schweiz scheint allerdings mangelhaft. Sowohl im Bereich der Epidemiologie wie auch in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird die Unvollständigkeit und die Qualität der Daten kritisiert.

Um die Informations- und Datenlage präziser einschätzen zu können, hat das Obsan eine Übersichtsarbeit zum Thema *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie* ausgeschrieben. Anhand einer systematischen Internet- und Literaturrecherche sollten möglichst alle vorhandenen empirischen Informationen (Berichte bzw. Artikel) zu den Themen Versorgungsangebot, Inanspruchnahme und Epidemiologie in der Schweiz gesucht werden. Falls ausführbar, sollte ein kantonales/regionales «Bild» erstellt werden. Die Suche nach möglichst allen vorhandenen empirischen Informationen sollte neben der in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publizierten Literatur auch sogenannte graue Literatur einschliessen wie Jahresberichte von Kliniken und Informationen von Fachstellen und Verbänden usw. sowie verfügbare Informationen im Internet. Die Suche wurde auf Publikationen der Jahre 2006 bis 2016 eingegrenzt. Die Ergebnisse aus der Schweiz sollten schliesslich den wichtigsten internationalen Ergebnissen – mit Fokus auf europäische Studien, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten – gegenübergestellt werden.

Der Bericht ist folgendermassen aufgebaut: Als erstes wird das *methodische Vorgehen* beschrieben und dargelegt anhand welcher Strategien nach Literatur gesucht wurde. Im Kapitel *Versorgung* werden die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebote im Überblick dargestellt. Anschliessend werden die publizierten Informationen zur Inanspruchnahme und zur Versorgungssituation gezeigt, zuerst die der institutionellen und anschliessend der nicht-institutionellen psychiatrischen Versorgung. Ein nächstes Kapitel ist der Versorgung im Kontext Schule gewidmet. Das Kapitel «Versorgungsangebote im Fokus» fasst empirische Studien zu verschiedenen Versorgungsangeboten zusammen. Etwas ausführlicher fällt ein Kapitel zur stationären Kinder- und Jugendhilfe aus, zu dem es einiges an Datenmaterial gibt. In der Recherche fanden wir auch Programme zur Gesundheitsförderung. Diese sind streng genommen nicht Teil der Versorgung und Epidemiologie. Da einige der vorgestellten Projekte jedoch auch Informationen zur Epidemiologie bzw. Versorgung beinhalten, finden sie auch Eingang in den vorliegenden Bericht.

Im Kapitel Epidemiologie werden die Projekte, die in der untersuchten Zeitspanne von 2006 bis 2016 durchgeführt wurden, den Themen Prävalenz von psychischen Störungen und Auffälligkeiten, Allgemeines psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit und Risikofaktoren für psychische Störungen zugeteilt. Dabei sind auch wenige wichtige Studien, die vor 2006 durchgeführt wurden, erwähnt. Das Kapitel wird abgerundet mit aktuell laufenden Studien, die aber bis Ende 2016 keine Publikationen aufwiesen.

2 Methodisches Vorgehen und Suchresultate

Anhand einer systematischen Internet- und Literaturrecherche sollten möglichst alle vorhandenen empirischen Informationen (Berichte bzw. Artikel) zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, mit Fokus Versorgungslage, Inanspruchnahme und Epidemiologie, gesucht werden. Folgende Kriterien (siehe Kasten) wurden für die Suche nach relevanten Arbeiten und Berichten festgelegt.

Kriterien für die Recherche

- Thema: Zahlen zur psychischen Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen zum Versorgungsangebot, zur Inanspruchnahme und zur Epidemiologie
- Publikationszeitraum: 2006 bis 2016
- Region: Schweiz
- Alter der Kinder und Jugendlichen: 0 bis 17 Jahre
- Datenbasierte Arbeiten/Berichte mit Fallzahlen $n \geq 30$

2.1 Systematische Literatur- und Internetrecherche

Die Suche nach empirischer Literatur der Jahre 2006 bis 2016 für den Bereich psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz wurde breit angelegt und via verschiedener Kanäle (Literaturdatenbanken, Universitäten und Fachhochschulen, private Forschungsinstitutionen, Bund und Fachstellen auf nationaler und kantonaler Ebene) durchgeführt. Überschneidungen dieser Kanäle stellen sicher, dass das Suchgebiet möglichst komplett abgedeckt und Lücken vermieden wurden. Empirische Berichte, welche durch Drittpersonen, die vom Projekt gehört hatten, an uns weitergeleitet wurden, wurden ebenfalls aufgenommen.

2.1.1 Literaturdatenbanken

Die Recherche in den Literaturdatenbanken wurde in englischer Sprache und in den drei nationalen Hauptsprachen Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt. Für jede Sprache wurden die im Fachbereich üblichen Begriffe verwendet (Tabelle T 2.1).

T 2.1 Suchbegriffe

Englische Suchbegriffe									
mental OR psych\$	AND	health OR illness OR disorder	AND	medical care OR health care OR supply OR outpatient OR inpatient OR treatment OR day care OR therapy OR intermediary OR epidemiolog\$ OR prevalenc\$ OR population health	AND	infant OR child\$ OR youth\$ OR adolescent\$ OR teenager OR young	AND	Switzerland OR Swiss	
Deutsche Suchbegriffe									
psych\$	AND	Gesundheit\$ AND OR Störung\$ OR Krankheit\$	AND	Versorgung\$ OR Inanspruchnahm\$ OR ambulant\$ OR stationär\$ OR teilstationär\$ OR intermediär\$ OR Home Treatment OR aufsuchende Familientherapie OR Therapie OR Epidemiolog\$ OR Prävalenz\$ OR Bevölkerung	AND	Kind\$ OR Adoleszenz\$ AND OR Baby OR Kleinkind OR Säugling	AND	Schweiz	
Französische Suchbegriffe									
santé OR Sant\$ OR malad\$ OR Trouble\$	AND	mental\$ OR psych\$	AND	soin\$ OR système de santé OR recour\$ OR consultat\$ psychiat\$ OR service\$ psychiat\$ OR consult\$ OR ambulat\$ OR station\$ OR centre\$ de jour OR de liaison OR assistance domicile OR thérapie OR épidémiolog\$ OR	AND	enfant\$ OR jeun\$ OR adolesc\$ OR nourrison\$	AND	Suisse	
Italienische Suchbegriffe									
psic\$ OR mental\$	AND	salute OR disturb\$	AND	assistenza sanitaria OR cur\$ OR serviz\$ OR ambulator\$ ricover\$ OR day hospital OR assistenza domiciliare OR assistenza semiresidenziale OR visit\$ OR consulenz\$ therapia OR epidemiolog\$ OR prevalenz\$	AND	bamb\$ OR adolescen\$ AND OR giovan\$ OR evolutiv\$ OR infantil\$ OR minor\$	AND	Svizz\$	

© Obsan 2017

Als Literaturdatenbanken wurden Medline, PsycINFO, Psyn dex, CAIRN, Francis Pascal und AIDA festgelegt (siehe Tabelle T 2.2). Medline ist die Datenbank des US-amerikanischen National Center for Biotechnology Information (NCBI) mit über 23 Millionen Artikeln aus 5600 Journals in 40 Sprachen. Die Fachartikel aus allen Bereichen der Medizin, inklusive Psychologie und des Gesundheitswesens, werden in der Regel mit Abstract aufgeführt. PsycINFO der American Psychology Association (APA) ist mit über 4 Millionen Artikeln die grösste Datenbank für psychologische Literatur. Für die deutsche Literatursuche wurde Psyn dex gewählt, eine Literaturdatenbank für Psychologie, die Nachweise von über 250'000 Artikeln aus dem deutschen Sprachraum (Deutschland, Österreich, Schweiz) enthält. In der Datenbank CAIRN sind Nachweise von über 450 französischsprachigen Journals von französischen, belgischen und schweizerischen Verlagen mit über 300'000 Artikeln aus der Sozial- und Geisteswissenschaften indexiert. In den französischen Datenbanken Francis und Pascal, welche sich 2014 zusammengeschlossen haben, sind über 14 Millionen französische Artikel zu finden. Seit 2015 wurden keine weiteren Artikel hinzugefügt. Ein Folgeprodukt in dieser Grösse für ausschliesslich französische Journals gibt es nicht. Die italienische Literaturdatenbank AIDA enthält über 330'000 Artikel aus 1400 italienischen geisteswissenschaftlichen Zeitschriften.

Um eine möglichst effektive Suche durchzuführen, wurde das Suchvorgehen an den Suchoptionen der jeweiligen Datenbank angepasst. Die Suchverfahren sind in der Tabelle T 2.2 beschrieben.

T 2.2 Suchverfahren

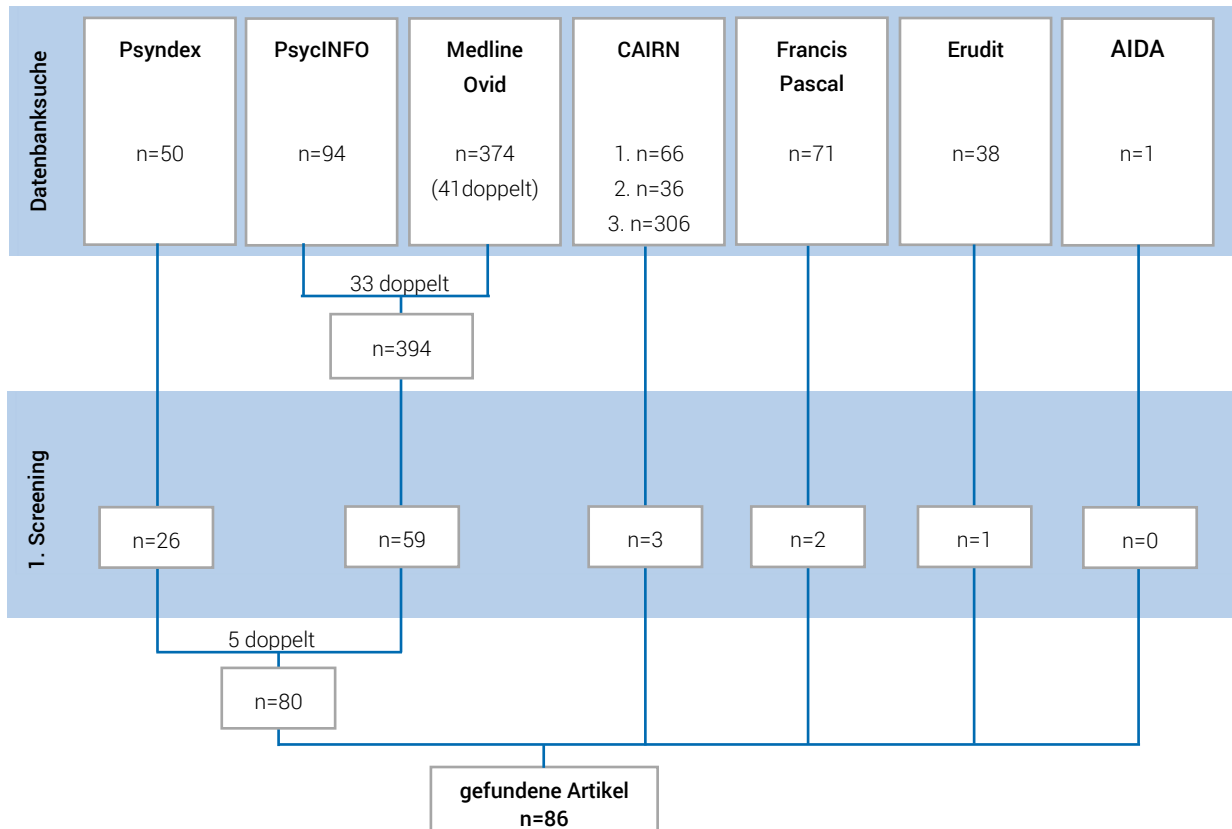
Englische Suchbegriffe	
PsycINFO	((psych\$ or mental) and (health or illness or disorder) and (medical care or health care or supply or outpatient or inpatient or treatment or day care or therapy or intermediary or epidemiolog\$ or prevalenc\$ or population health)).ab. and switzerland.lo. (588) limit to ((100 childhood <birth to age 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>) and yr="2006 - 2016") Suchresultate: 94
Medline	((psychol\$ or psychia\$ or mental) and (health or illness or disorder) and (medical care or health care or supply or outpatient or inpatient or treatment or day care or therapy or intermediary or epidemiolog\$ or prevalenc\$ or population health)).ab. and (switzerland or swiss).af. and (infant or child\$ or young or youth or teenager or adolescent\$).ab. Suchresultate: 374 Die Medline Datenbanksuche wurde auch mit Pubmed gestartet. Aber da sich die Abstracts nicht für die Inventarliste exportieren liessen und aus der Ovid Medline Suche mehr Ergebnisse resultierten (Pubmed: 224 Resultate) wurde für die Ovid Plattform entschieden.
Deutsche Suchbegriffe	
Psyndex	psych* AND (Versorgung\$ OR Inanspruchnahm\$ OR ambulanz\$ OR stationär\$ OR teilstationär\$ OR Intermediär\$ OR Home Treatment OR aufsuchende Familientherapie OR Therapie OR Epidemiolog\$ OR Prävalenz\$ OR Bevölkerung OR) Suchresultate: 50 Verzicht auf die Suchbegriffe «Krankheit» und «Gesundheit», da sie die Suche zu fest einschränkten, mit wenigen Suchresultaten. Verzicht auf «Kind\$», «Adoleszenz\$», «Baby», «Kleinkind», «Säugling», da sich das Alter besser mit den Limits (Childhood 0-12, Adolescence 13-17) einschränken liess.
Französische Suchbegriffe	
FRANCIS Pascal	enf* OU jeun* OU adol* ET malad* OU santé ET psych* ET soin* OU epidémiolog* OU prévalence*, affiné par année (2006-2014), Langue (français), Pays auteur (Switzerland), Discipline (Psychopathology. Psychiatry. Clinical psychology; Public health. Hygiene-occupational medicine. Information processing.) Suchresultate: 71
CAIRN	Mehrere Suchkombinationen 1. enf* (dans le texte intégral) ET santé psych* (dans le texte intégral) ET Suisse (dans le texte intégral), dans les revues, dans la discipline 'psychologie', période: de 2006 à 2016, Suchresultate: 66 2. adolescen* (dans le texte intégral) ET santé psych* (dans le texte intégral) ET Suisse (dans le texte intégral), dans les revues, dans la discipline 'psychologie', période: de 2006 à 2016, Suchresultate: 36 3. enf* (dans le texte intégral) ET santé mentale (dans le texte intégral) ET Suisse (dans le texte intégral), dans les revues, dans la discipline 'psychologie', période: de 2006 à 2016, Suchresultate: 306
Erudit	(Tous les champs: enfant) ET (Tous les champs: santé psychique) ET (Tous les champs: Suisse) Fonds: Érudit, UNB Type(s) de document(s): Article, Thèses, Documents et données Publiés entre 2006 et 2016 Suchresultate: 38
Italienische Suchbegriffe	
AIDA	psic* OR ment* = 24447 psic* OR ment* AND disturb* = 1879 psic* OR ment* AND disturb* OR salute = 2231 psic* OR ment* AND disturb* OR salute mit Filter 2006-2016= 660 psic* OR ment* AND disturb* OR salute mit Filter 2006-2016 AND svizz*=1 Suchresultate: 1

© Obsan 2017

Die Recherche in den Literaturdatenbanken wurde zwischen Januar und Februar 2017 durchgeführt. In der Abbildung G2.1 ist die Suche – mit welcher insgesamt 86 Artikel für die identifiziert wurden – schematisch dargestellt. Aus der Medline-Recherche resultierten 374 Artikel. Davon wurden 41 doppelte Suchresultate anhand des Unique Identifiers ermittelt, die vor dem Screening aus der Resultatliste entfernt wurden. Der Grund für die doppelten Medline-Nennungen lag bei Abweichungen in den exportierten Spalten *Title*, *Source* und *Date Created* (Bsp. UI 18457234, *Date Created*: 20080506 und 200856). Weitere 33 doppelte Journalartikel wurden nach dem Zusammenfügen der Resultate der englischen Literaturdatenbanken PsycINFO und Medline gefiltert. Insgesamt wurden anhand der englischen Literaturdatenbanken 59 Artikel gefunden. Bei der Recherche auf der französischen Datenbank CAIRN gab es innerhalb der drei Suchkombinationen keine doppelten Nennungen.

Mittels eines ersten Screenings wurden Studien ausgeschlossen, die nicht den Einschlusskriterien entsprachen, beispielsweise diagnostische oder neurologische Studien und solche, die im Ausland durchgeführt wurden. Nach dem Zusammenfügen der Datenbankresultate ergaben sich fünf Doppelnennungen von Artikeln, die in deutscher Sprache publiziert, aber auch in einer der englischen Literaturdatenbanken mit übersetzten Titeln hinterlegt sind.

G 2.1 Suchresultate Literaturdatenbanken



Bemerkung: Bei n handelt es sich um die Anzahl Suchresultate des jeweiligen Suchverfahrens. Im 1. Screening wurden Studien ausgeschlossen, die nicht den Einschlusskriterien entsprachen, beispielsweise diagnostische oder neurologische Studien und solche, die im Ausland durchgeführt wurden.

2.1.2 Universitäten und Fachhochschulen

Da nicht alle relevanten Projekte und Arbeiten in Journals bzw. Zeitschriften publiziert werden, wurde die Suche nach empirischer Literatur auf die Repositorien und Webseiten der Universitäten und Fachhochschulen erweitert. Bei den Universitäten wurde der Fokus auf Dissertationen und Forschungsberichte gesetzt. Bei den Fachhochschulen lag der Schwerpunkt bei Forschungsberichten sowie Master- und Bachelorarbeiten. Anhand des *Directory of Open Access Repositories* wurden die Schweizer Repositorien mit dem Filter *Switzerland* herausgesucht und der entsprechenden Universität oder Fachhochschule zugeteilt. Der Bericht *Gesundheitsforschung in der Schweiz* (Bänziger et al., 2011 S. S11, S122-123) mit der erarbeiteten Zusammenstellung von in der Gesundheitsforschung tätigen sozialwissenschaftlichen Institutionen diente als Grundlage, um die Liste von relevanten Einrichtungen zu erstellen. Zusätzlich zu den Repositorien der einzelnen Hochschulen gibt es das Repositorium Rero-doc, das sich in der Westschweiz und im Tessin als Plattform für diverse Fachhochschulen etabliert hat. Bei Fachhochschulen ohne Repositorium wurde direkt auf den Webseiten nach einer Literaturdatenbank oder einer Projekt- bzw. Publikationsliste gesucht. Teilweise bestand kein Zugriff auf aufgeführte Berichte. In wenigen Fällen konnte auf der Webseite Soziothek.ch auf Arbeiten zugegriffen werden. Der Non-Profit-Verlag Edition Soziothek bietet diese Plattform an, um Bachelor- und Masterarbeiten mit dem Prädikat «sehr gut» oder «hervorragend» der Öffentlichkeit breit zugänglich zu machen. Da ältere Dissertationen nicht in den neueren Repositorien zu finden sind, umfasste die Dissertationssuche sowohl die Repositorien als auch swissbib.ch. In der folgenden Tabelle (T 2.3) sind Universitäten und Fachhochschulen mit für diesen Bericht relevanten Instituten und deren Informationsquellen (Repositorien, Datenbanken, Publikationslisten, Webseiten) aufgelistet.

T.2.3 Universitäten und Fachhochschulen mit den relevanten Instituten und entsprechende Quellen

Universität/Fachhochschule – sozialwissenschaftliche Institute	Quelle (Repositorium, Datenbank, Publikationsliste, Webseite)
BfH – Fachbereich Gesundheit, Soziale Arbeit	Projektdatenbank, Soziothek
FHNW – Angewandte Psychologie, Soziale Arbeit	PPT, Institutional Repository der FHNW, Soziothek
FHS St. Gallen – Institut für soziale Arbeit	Plattform ePhesos
HEP Vaud – Haute école pédagogique Vaud	Rero-doc
HES-SO – Haute école spécialisée de Suisse occidentale	Rero-doc
HfH – Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich	Projektdatenbank, Webseite
HSLU – Departement Soziale Arbeit	OAI IDS Luzern, LORY, LARA (zenodo) , Soziothek
PHBE – Pädagogische Hochschule Bern	Publikationsdatenbank
SUPSI – Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali	Rero-doc, SUPSI Datenbank
Universität Basel – Fakultät für Psychologie	e-doc
Universität Bern – Institut für Psychologie, Pädagogisches Institut	BORIS
Universität Freiburg – Departement für Sozialarbeit/Sozialpolitik, Departement für Psychologie, Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie, Pädagogisches Institut, Departement für Heil- und Sonderpädagogik	Rero-doc
Universität Genf – Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education	Archive ouverte UNIGE, Rero-doc
UNIL – Institut de psychologie, Institut universitaire romand de Santé au Travail	SERVAL, Repositorium Rero-doc
Universität Zürich – Institut für Pädagogik, Institut für Psychologie, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung	ZORA
PHZ – pädagogische Hochschule Zentralschweiz (jetzt phlu, phsz, phzg)	IDS Luzern, Webseiten
ZHAW – Departement S, Departement G, Departement P	digitalcollection, ZHAW Webseite
PHZH – Pädagogische Hochschule Zürich, Zürich	Projektdatenbank

© Obsan 2017

Auch bei der Literatursuche in den Repositorien wurde gezwungenermassen uneinheitlich gesucht. Die Suche musste an die verfügbaren Suchfunktionen angepasst werden. Nicht alle Repositorien verfügten über eine verschachtelte UND/ODER Suchfunktion oder eine Filterfunktion für Dissertationen, Diplomarbeiten oder Berichte. Nur wenige Diplomarbeiten waren öffentlich zugänglich. Somit konnte dieser Suchbereich nur unvollständig abgedeckt werden. Bei Hochschulen ohne Repositorium bestand die Suche oft aus einem manuellen Sichten der Projekt- oder Publikationslisten. Insgesamt wurden vor einem ersten systematischen Screening 103 Berichte oder Arbeiten gefunden. Weitere 12 Artikel oder Berichte konnten indirekt z.B. mittels Literaturverzeichnisse dieser Berichte bzw. Arbeiten auffindig gemacht werden. Somit steht die Gesamtzahl der Suchresultate der Repositorien der Universitäten und Fachhochschulen bei 115 Artikeln bzw. Berichten (T 2.4).

T 2.4 Suchresultate Universitäten und Fachhochschulen

Quelle	Anzahl Berichte
Archive ouverte	1
BORIS	3
digitalcollection	11
e-doc	3
eesp Webseite	1
FHNW Webseite	5
HfH Webseite	6
HSLU Webseite	2
IDS Luzern	5
LORY	2
PHBE Webseite	2
PHZH Webseite	3
PPT	10
Rero-doc	19
SERVAL	11
Soziothek	4
swissbib	2
ZHAW Webseite	6
ZORA	7
weitere Berichte (indirekt über Literaturverzeichnisse gefunden)	12

© Obsan 2017

2.1.3 Private Forschungsinstitutionen

Relevante private Forschungsinstitutionen wurden zuerst anhand der Mitgliederliste der schweizerischen Evaluationsgesellschaft ermittelt und deren Webseiten nach Berichten durchsucht. Relativ früh zeigte sich bei der Durchsicht der Liste von über 200 Mitgliedern, dass nicht immer klar ersichtlich war, ob eine aufgeführte Institution in der Gesundheitsforschung Aufträge ausgeführt hatte oder nicht. Die Berichtsuche wurde schliesslich auf diejenigen Institutionen beschränkt, bei denen mindestens ein Forschungsbericht bereits über einen anderen Suchkanal gefunden worden war. Anhand der Publikationslisten der fünf Forschungsinstitutionen Büro BASS, Socialdesign, Infrac, Interface sowie Lamprecht und Stamm wurden insgesamt 12 weitere Berichte identifiziert.

2.1.4 Nationale Ebene

Auf nationaler Ebene fand die Internetrecherche sowohl beim Bund als auch bei nationalen Fachstellen statt. Zuerst wurden die Webseiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) und des Bundesamtes für Justiz (BJ) sowie das Informationssystem ARAMIS nach relevanten Publikationen durchsucht. ARAMIS (Administration Research Actions Management Information System) umfasst Forschungs- und Innovationsprojekte, die ganz oder teilweise vom Bund finanziert oder durchgeführt werden. Der Zugang zu den Webseiten der nationalen Fachstellen oder Projekte (z.B. Radix, Pro Mente Sana, Public Health Schweiz) erfolgte anhand der Linkliste auf der Homepage des Netzwerks Psychische Gesundheit (npg)³. Weitere nationale Akteure und Projekte (z.B. Sucht Schweiz, Kinderschutz Schweiz, Institut Kinderseele Schweiz), die im Verlaufe der Suche aufkamen, wurden ebenfalls in die Recherche einbezogen. Es liessen sich insgesamt 45 Berichte auf nationaler Ebene sammeln.

³ www.npg-rsp.ch → Links → National (Zugriff 13.12.2016)

2.1.5 Kantonale Ebene

Auf kantonaler Ebene wurde die Suche nach empirischer Literatur über zwei Strategien durchgeführt. Einerseits wurden bei den institutionellen Anbietern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und bei den Schulpsychologischen Diensten (SPD) Daten zur Inanspruchnahme der Angebote gesucht. Andererseits wurden kantonale Fachstellen direkt zur Verfügbarkeit empirischer Berichte zu den Themenschwerpunkten Versorgung, Inanspruchnahme und Epidemiologie per Email angeschrieben.

Die stationären psychiatrischen Kliniken wurden anhand der ANQ-Webseite⁴ zusammengestellt. Die Liste der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) wurde mithilfe des Registers der zertifizierten Weiterbildungsstätten des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) erstellt. Alle vorhandenen Jahres- und Geschäftsberichte der psychiatrischen stationären und ambulanten Anbieter von 2006 bis 2016 wurden gesammelt. Das Zusammenstellen der veröffentlichten Berichte zeigte aber, dass weniger Information zur Inanspruchnahme zu finden war als ursprünglich angenommen. Die Informationen, die publiziert wurden, beschränkten sich grösstenteils auf Angaben der obligatorischen Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, welche lediglich die stationären Behandlungen systematisch erfasst. Um ein Bild der vorhandenen Informationen der Inanspruchnahme der ambulanten Angebote der KJPDs zu vermitteln, wurden diese im Detail angeschaut und aufgelistet. Als Referenzjahr wurde das Jahr 2015 als aktuelles vollständiges Geschäftsjahr gewählt.

Empirische Berichte zur Inanspruchnahme der SPDs wurden gesammelt, indem die Webseiten und Jahresberichte aller SPDs in der Schweiz gesichtet wurden.

Um allfällige weitere Berichte, insbesondere auch Forschungsberichte, zu identifizieren, die bei der bisherigen Suche durch die verschiedenen Kanäle nicht identifiziert werden konnten, wurden schliesslich die zuständigen Behörden der Kantone direkt kontaktiert. Als Basis für wichtige Ansprechpartner diente die Excel-Liste der kantonalen Verantwortlichen für psychische Gesundheit, welche auf der npg-Webseite verfügbar ist⁵. Die kantonalen Verantwortlichen wurden per Email angefragt. Dabei wurde sowohl nach empirischen Berichten zum Versorgungsbereich der Psychiatrie als auch nach Berichten der SPDs, der schulärztlichen Dienste (SAD) und Beratungsstellen mit psychotherapeutischem Angebot gefragt. Zehn der 26 gelisteten Emailadressen waren inaktiv. Die Anfragen wurden an die Nachfolger oder an die zuständigen Instanzen der Gesundheitsförderung im jeweiligen Kanton geschickt. 25 der 26 angesprochenen Personen schrieben zurück, acht Antworten kamen von einer Drittperson. Zwei Kantone lieferten unter anderem HBSC-Berichte, woraufhin im Internet nach weiteren kantonalen HBSC-Auswertungen gesucht wurde. Insgesamt konnten auf kantonaler Ebene 50 relevante Berichte identifiziert werden.

⁴ anq.ch → Messergebnisse → Kinder- und Jugendpsychiatrie (Zugriff am 25.05.2017)

⁵ www.npg-rsp.ch → Links → Psychische Gesundheit in den Kantonen → Erhebung_psyGesundheit_Kantone_2014.xlsx (Zugriff: 13.12.2016)

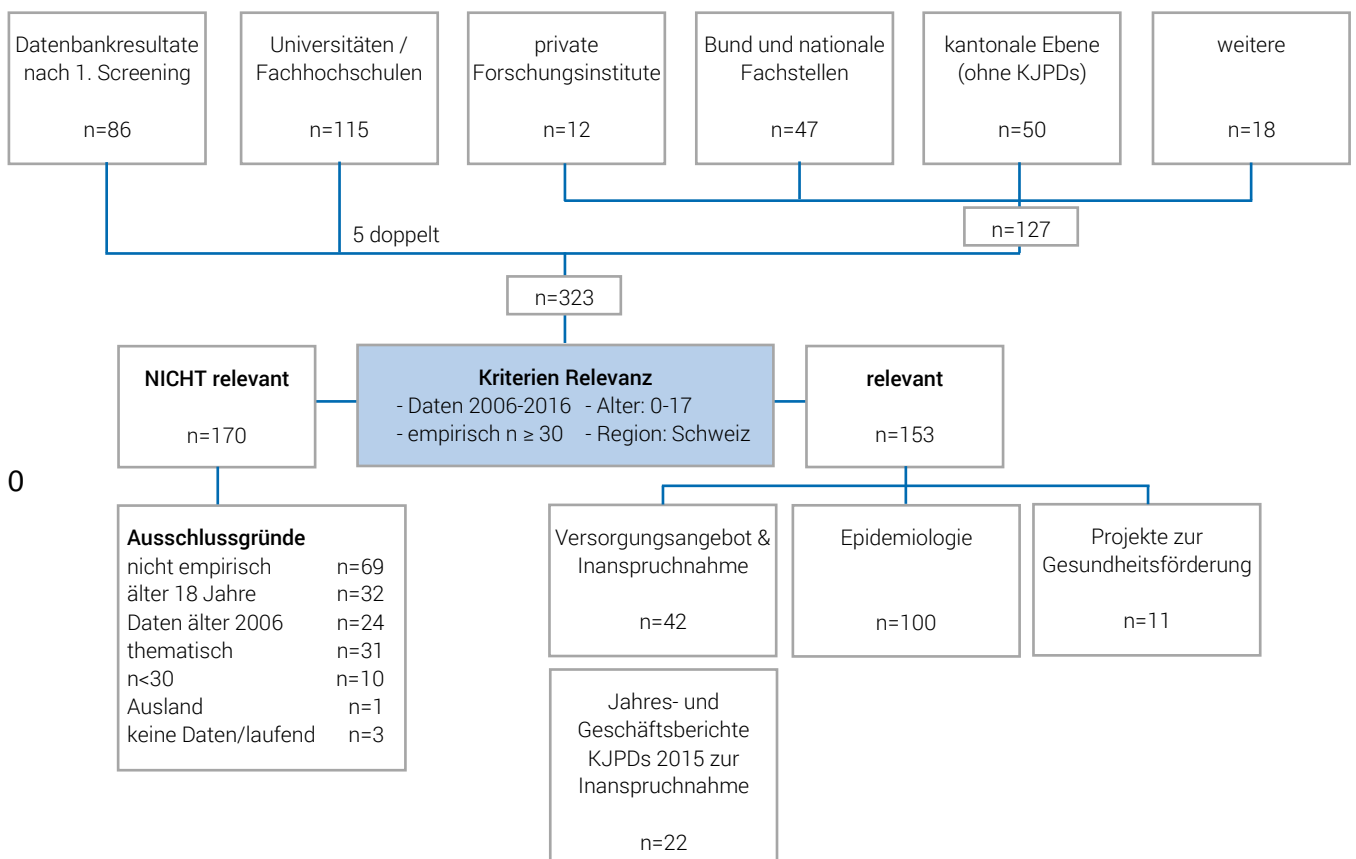
2.2 Gesammelte Suchresultate

Die Suchresultate über die einzelnen Kanäle (Literaturdatenbanken, Universitäten und Fachhochschulen, private Forschungsinstitutionen, Bund, Fachstellen auf nationaler und kantonaler Ebene) wurden in einem nächsten Schritt zusammengefügt. In einem zweiten Screening wurden die Berichte und Publikationen systematisch anhand der definierten Ausschlusskriterien aussortiert. Die Ausschlusskriterien waren die folgenden: (1) Die Studie war nicht empirisch, (2) die untersuchte Personengruppe war älter als 18 Jahre, (3) die Daten waren vor 2006 erhoben worden, (4) die Stichprobe war zu klein ($n \leq 30$), (5) der Inhalt der Studie entsprach nicht dem definierten Themenfeld (z.B. Diagnostik oder Behandlungsforschung mittels Clinical Trial), (6) die Daten stammten aus dem Ausland oder (7) es handelte sich um ein laufendes Projekt. Qualitative Studien wurden berücksichtigt, falls sie die Stichprobengrösse von $n > 30$ erfüllten. Relevante Berichte, die bis kurz vor Berichtabgabe gefunden oder uns zugeschickt wurden, wurden ebenfalls noch zur Liste hinzugefügt. Diese sind unter «weitere» zusammengefasst (siehe Abbildung G 2.2).

Projekte der Gesundheitsförderung bzw. Prävention (wie z.B. Zeppelin) gehören in der Regel nicht zur Versorgung im engeren Sinn. Es schien jedoch passend, die grösseren Projekte wegen ihrer Bedeutsamkeit zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen trotzdem in diesen Bericht miteinzubeziehen. Sie sind in einer weiteren Kategorie unter «Projekte zur Gesundheitsförderung» aufgeführt.

Insgesamt konnten 153 relevante Berichte und Artikel gesammelt werden. Die 22 Jahres- und Geschäftsberichte mit Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Angebote der KJPD werden separat aufgelistet, da die Suche aufgrund der unvollständigen Datenlage auf das Jahr 2015 eingeschränkt worden war.

G 2.2 Gesammelte Suchresultate



3 Versorgung und Inanspruchnahme

Das Versorgungsangebot und die Versorgungswege für Kinder und Jugendliche hängen vom jeweiligen Alter ab. Bei Kindern im Vorschulalter sind Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte und Mütter- und Väterberatungsstellen wichtige erste Anlaufstellen. Für dieses Alter werden unterdessen auch immer mehr Sprechstunden für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern angeboten. Ausserdem bieten viele Gemeinden Familien-, Erziehungs- und Jugendberatung an. Sobald die Kinder in den Kindergarten eintreten, stehen bei Bedarf die Dienstleistungen der SPDs zur Verfügung. Sowohl die SPDs wie auch die Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen haben teilweise die Möglichkeit, Psychotherapie anzubieten. Zusammen mit den SADs und den Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten sind diese Stellen zentral bei der (Früh-)Erkennung einer angehenden oder bereits bestehenden psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Schweizweit bieten KJPDs, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen an. Vereinzelt bieten Institutionen zusätzlich aufsuchende Angebote an. Bei schwerwiegenden Problemen oder akut selbstgefährdendem Verhalten können die betroffenen Kinder und Jugendlichen die meist kantonalen stationären Angebote in Anspruch nehmen. Auf die Schulsozialarbeit als ebenfalls wichtiger Bestandteil der Versorgung von Schulkindern wird im Bericht nicht weiter eingegangen, da wir auf die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung fokussieren.

Nachfolgend sind in der Tabelle T 3.1 Einrichtungen aufgelistet, welche psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote führen. Ausserdem werden die gesetzlich geregelte Zuständigkeit, die vorhandene Informations- und Datenlage sowie mögliche Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung aufgeführt.

T 3.1 Einrichtungen mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Angeboten

Einrichtung	Zuständigkeit	vorhandene Informationen/ Datenlage	Schwierigkeiten in Bezug auf Informationsgewinnung
Stationäre psychiatrische Kliniken	kantonal geregelt mit Leistungsauftrag	Medizinische Statistik, ANQ, Vollerhebung	--
Ambulante psychiatrische Kliniken	kantonal geregelt mit Leistungsauftrag	kantonsabhängig, unvollständig	Daten nicht von allen Einrichtungen publiziert; keine nationale Datenerhebung
Niedergelassene Psychiaterinnen/Psychiater	schweizweit geregelt mit Fachtitel	Tarif- und Datenpool SASIS AG, Datenpool NewIndex & Schweizer Ärzte, mit Hochrechnung Schweizerischer Diagnosen-Index (SDI)	Informationen nur von Behandlungen, welche über die OKP abgerechnet wurden; keine Diagnosen verfügbar, Schätzung der Diagnosen mittels SDI (ohne Ortsangabe)
Selbstständige oder delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten	schweizweit geregelt mit Fachtitel	nur von delegierter Psychotherapie; Information ist via Abrechnende (qualifizierte Ärztinnen/Ärzte) verfügbar	Informationen nur von Behandlungen, welche über die OKP abgerechnet wurden; keine Diagnosen verfügbar
Kinderärztinnen/Kinderärzte und Hausärztinnen/Hausärzte	schweizweit geregelt mit Fachtitel	Tarif- und Datenpool SASIS AG, Datenpool NewIndex & Schweizer Ärzte, mit Hochrechnung; Datenanalyse auch kantonal möglich	Informationen nur von Behandlungen, welche über die OKP abgerechnet wurden; keine Diagnosen verfügbar
Schulpsychologische Dienste (SPD)	kantonal/kommunal geregelt	vereinzelt; kantons- und gemeindeabhängig	keine nationale Datenerhebung
Familien-, Erziehungs-, Jugendberatungsstellen	kantonal/kommunal geregelt	vereinzelt; kantons- und gemeindeabhängig	keine nationale Datenerhebung
Schulärztliche Dienste (SAD)	kantonal/kommunal geregelt	vereinzelt; kantons- und gemeindeabhängig	keine nationale Datenerhebung
Stationäre Jugendhilfe	abhängig von Einrichtung	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Art der Behinderung (psychische Beeinträchtigung)	Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung wird nicht in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erhoben

© Obsan 2017

Die folgenden Kapitel gehen näher auf diejenigen Versorgungsbereiche ein, zu welchen im Rahmen der Literatur- und Internetrecherche Informationen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gefunden wurden.

3.1 Institutionelle, psychiatrische Versorgung

3.1.1 Institutionelle psychiatrische Angebote: Angebotslage

In der Tabelle T 3.2 sind die ambulanten, intermediären und stationären Angebote der Institutionen mit psychiatrischem Angebot für Kinder und Jugendliche aufgeführt. Als Informationsquelle dienten die Webseiten der Institutionen. Die zugrundeliegende Zusammenstellung der Institutionen wurde mithilfe der Listen des ANQ (für den stationären Bereich) und des SIWF (für den ambulanten und intermediären Bereich) erstellt. Die Angebotsliste wurde nicht validiert. Es ist damit nicht auszuschliessen, dass einzelne Angebote fehlen.

T 3.2 Standorte institutioneller psychiatrischer Angebote für Kinder und Jugendliche

Kanton	Institution	Standort ambulant und intermediär (tagesstationär, aufsuchend)	Standort stationär
AG	Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG)	ambulant: Aarau, Baden, Windisch, Wohlen, Rheinfelden tagesstationär: Windisch	Windisch
BE	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD Bern)	ambulant: Bern, Burgdorf, Interlaken, Spiez, Thun, Biel, Moutier, St-Imier tagesstationär: Ostermundigen, Spiez, Biel, Bern	Bern, Ittigen, Moosseedorf, Spiez
	Netzwerk psychische Gesundheit AG	--	Moutier
BL	Psychiatrie Baselland (PBL)	ambulant: Bruderholz, Liestal, Laufen	Basel (UKBB*), Liestal
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK Basel)	ambulant: Basel aufsuchend: Basel	Basel, Basel (UKBB*)
FR	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG)	ambulant: Freiburg, Bulle, Tafers, Meyriez/Merlach, Estavayer-le-Lac aufsuchend: Freiburg	Marsens
	Fondation espace thérapeutique	tagesstationär: Givisiez, Freiburg	--
GE	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	ambulant und tagesstationär: Genève	Genève
	Office médico-pédagogique (OMP)	ambulant: Carouge, Genève, Le Lignon, Meyrin, Onex tagesstationär: Les Saules	--
GL	Kantonsspital GL	ambulant: Glarus	
GR	Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP GR)	ambulant: Chur, Davos Platz, Ilanz, Samedan, Poschiavo, Roverdo, Scuol, Disentis tagesstationär: Chur	Chur
	Kantonsspital Graubünden	--	Chur
JU	Centre médico-psychologique (CMP)	ambulant: Delémont, Porrentruy, Saignelégier tagesstationär: Porrentruy	--
LU / OW / NW	Luzerner Psychiatrie Luzern, Obwalden, Nidwalden (LUPS)	ambulant: Luzern, Hochdorf, Sursee, Wollhusen, Sarnen tagesstationär: Kriens	Kriens
NE	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)	ambulant: La Chaux-de-Fond, Le Locle, Neuchâtel, Fleurier	Marin-Epagnier
SG / AR / AI	KJPD SG	ambulant: St. Gallen, Heerbrugg, Will, Uznach, Sargans, Wattwil tagesstationär: St. Gallen	--
	Sonnenhof	--	Ganterschwil
	Ostschweizer Kinderspital	--	St.Gallen
SH	Spitäler Schaffhausen	ambulant: Schaffhausen	--
SO	Solothurner Spitäler (SoH)	ambulant: Solothurn, Olten, Grenchen, Balsthal aufsuchend: Solothurn tagesstationär: Solothurn	--
SZ / UR	KJPD SZ	Lachen, Goldau, Altdorf	--
TG	Clenia	ambulant: Sirmach	Littenheid
	Psychiatrische Dienste Thurgau	ambulant: Frauenfeld, Romanshorn, Weinfelden, Münsterlingen aufsuchend: Weinfelden tagesstationär: Münsterlingen	Münsterlingen
TI	Servizi medico-psicologici (SMP)	ambulant: Colderio, Lugano, Locarno, Bellinzona, Biasca	--
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	ambulant: Payerne, Yverdone-les-Bains, la Vallée de Joux, Ste Croix, Lausanne, Chavannes-près Rennens aufsuchend: Lausanne tagesstationär: Lausanne, Epalinges	Yverdon-les-Bains Lausanne
	Fondation de Nant (nant) Secteur psychiatrique de l'Est vaudois	ambulant: Vevey, Aigle, Château-d'Oex aufsuchend: Corsier-sur-Vevey tagesstationär: Saint-Légier, Vevey	Corsier-sur-Vevey
	Clinique La Métairie	--	Nyon
	Hôpital Riviera-Chablais	--	Aigle

Kanton	Institution	Standort ambulant und intermediär (tagesstationär, aufsuchend)	Standort stationär
	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	--	Yverdon-les-Bains Pompaples
VS	Spital Wallis	ambulant: Brig, Monthey, Martigny, Siders, Sitten tagesstationär: Brig	Siders, Brig
ZG	Ambulante Psychiatrische Dienste Zug (APD-KJ)	ambulant: Baar tagesstationär: Baar	--
ZH	Clienia	ambulant: Winterthur	--
	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)	ambulant: Zürich, Zürich Nord, Winterthur, Bülach, Dietikon, Horgen, Uster, Wetzikon tagesstationär: Zürich, Winterthur, Männedorf aufsuchend: Zürich	Zürich, Männedorf
	Kantonsspital Winterthur (KSW)	ambulant: Winterthur tagesstationär: Winterthur	
	Somosa	--	Winterthur
	Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)	--	Winterthur
	Kinderspital Zürich	--	Zürich

* Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Quelle: Webseiten der KJPD, Psychiatrien und Spitäler (Stand Mai 2017)

© Obsan 2017

3.1.2 Institutionelle psychiatrische Angebote: Inanspruchnahme

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erfasst mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser Daten zur Inanspruchnahme im stationären Bereich. Es werden sowohl soziodemographische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen aller stationären Aufenthalte erhoben. Das BFS publiziert jeweils Ergebnisse dazu (z.B. Bundesamt für Statistik, 2014a, 2016). Diese werden hier nicht dargestellt.

Einige Variablen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser wurden im nationalen Vergleichsbericht 2015 des ANQ ausgewertet (McKernan et al., 2016). Im Jahr 2015 wurden demnach 2528 abgeschlossene Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verzeichnet. 24,9% der abgeschlossenen Fälle bezogen sich auf Kinder unter 13 Jahren. Mit 59,3% wurden deutlich mehr Mädchen als Jungen stationär behandelt. Die drei Diagnosegruppen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4: 27,5%), affektive Störungen (F3: 26,8%), sowie verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9: 25%) stellten zusammen knapp 80% der Hauptdiagnosen. Mit 75,9% wurden Kinder und Jugendliche mit Abstand am häufigsten durch die Ärztin bzw. den Arzt eingewiesen und am meisten kamen die Patientinnen und Patienten von Zuhause (59,1%). Bei 64,1% handelte es sich um geplante Eintritte und 33,1% wurden als Notfall angemeldet.

Im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrages zwischen dem ANQ und nationalen Trägerorganisationen erfassen die Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 2013 zusätzliche Qualitätsdaten, die schrittweise eingeführt wurden: die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus durch Behandelnde (HoNOSCA: Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents) und durch Patientinnen und Patienten selber (HoNOSCA-Self Rating) sowie die Anzahl freiheitsbeschränkender Massnahmen. In Bezug auf die freiheitsbeschränkenden Massnahmen wiesen im Jahr 2015 9,3% der Fälle mindestens *eine* solche Massnahme auf (McKernan et al., 2016). Die Auswertung der Qualitätsdaten nach Klinik wurden zum ersten Mal vom Erhebungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2015 (bezogen auf den Austritt) auf der Webseite des ANQ veröffentlicht. Ein einheitlicher ANQ-Kurzfragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit soll in Zukunft auf nationaler Ebene die einzelnen kantonalen Instrumente ersetzen.

Für die Recherche zu Informationen über ambulante und intermediäre Angebote wurden die Jahres- und Geschäftsberichte von 2006 bis 2016 gesammelt. Nicht alle Angebote veröffentlichten Jahres und Geschäftsberichte, einige davon nicht jedes Jahr. Auch waren die Angaben teilweise nicht jedes Jahr gleich ausführlich. Um einen Eindruck der Datenlage zu bekommen, sind die Suchresultate zur Inanspruchnahme für das Referenzjahr 2015 in der Tabelle T 3.3 dargestellt. Von den 26 Institutionen mit einem ambulanten Angebot für Kinder und Jugendliche publizierten im Jahr 2015 lediglich 13 Institutionen Informationen zur ambulanten Inanspruchnahme. Diese Informationen sind ebenfalls in der Tabelle T 3.3 dargestellt. Sie sind allerdings

schwierig zu vergleichen, da die Angaben z.B. als *Taxpunkte, Fälle, Stunden* oder auch *Behandlungstage teilstationär* aufgeführt wurden. Fünf der 13 Institutionen veröffentlichten weitere zusätzliche Informationen wie Geschlecht oder Alter. Die ambulanten Institutionen, welche die Fallzahlen nach Geschlecht unterteilt hatten, verzeichneten mehr Patienten als Patientinnen. Auf das Zusammenstellen der Informationen zur stationären Inanspruchnahme auf kantonaler Ebene anhand der Geschäfts- und Jahresberichte wurde verzichtet, da diese Informationssammlung durch die obligatorische Medizinische Statistik der Krankenhäuser abgedeckt ist.

T 3.3 Institutionelle psychiatrische Angebote: ambulante Behandlungsstatistik für das Jahr 2015

Kanton	Institution	Fälle, Taxpunkte, Behandlungstage, Behandlungsstunden, Anzahl Konsultationen	Information zum Geschlecht	Information zum Alter	weitere Information in den Berichten
AG	PDAG	Taxpunkte ambulant: 3,36 Mio Behandlungstage tagesstationär: 3061	nein	nein	nein
BE	UPD	Fälle ambulant: 2963 Stunden ambulant: 26'070 Fälle tagesstationär: 91 Behandlungstage tagesstationär: 9228	nein	nein	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Plätze, Belegung (in%)
BL	PBL	Fälle ambulant: 2304 Taxpunkte ambulant: 3,12 Mio	nein	nein	nein
BS	UPK	Behandlungsstunden ambulant: 15'901	nein	nein	Behandlungsstunden pro aufsuchendes Angebot, Autismus
FR	FNPG	Fälle ambulant: 1118	nein	nein	Neueintritte
GE	HUG	nein	nein	nein	nein
	OMP*	nein	nein	nein	nein
GL	KS GL	nein – KJPD erst seit 2016	nein	nein	nein
GR	KJP GR	nein	nein	nein	nein
JU	CMP*	nein	nein	nein	nein
LU	LUPS	Fälle ambulant: 1879 Fälle tagesstationär: 30 Behandlungstage tagesstationär: 1239	w: 811, m: 1068 w: 12, m: 18	nein	Konsiliar- & Liaisondienst im Kinderspital
NE	CNP	nein	nein	nein	nein
OW/NW	KS OW**	nein	nein	nein	nein
SG/AR/AI	KJPD SG	Fälle ambulant: 2738 Fälle tagesstationär: 16	w: 1248, m: 1490 w: 7, m: 9	nein	Neueintritte, Hauptdiagnose, Behandlungsort, Herkunft, einweisende Stellen, Garanten
SH	Spitäler SH	599	nein	nein	nein
SO	Solothurner Spitäler AG	nein	nein	nein	nein
SZ/UR	KJPD SZ*	nein	nein	nein	nein
TG	Clenia	nein	nein	nein	nein
	KJPD	Fälle ambulant/tagesstationär: 2128 Taxpunkte ambulant/tagesstationär: 4,48 Mio, Behandlungstage tagesstationär: 7069	w: 845, m: 1283	nein	Kleinkindambulanz, Anzahl Fälle der aufsuchenden Angebote
TI	SMP*	nein	nein	nein	nein
VD	CHUV	nein	nein	nein	nein
	nant	Fälle ambulant/tagesstationär: 1226 Konsultationen ambulant: 17'809 Behandlungstage Tagesklinik: 1220	nein	nein	Anzahl Fälle der aufsuchenden Angebote

Kanton	Institution	Fälle, Taxpunkte, Behandlungstage, Behandlungsstunden, Anzahl Konsultationen	Information zum Geschlecht	Information zum Alter	weitere Information in den Berichten
VS	PZO	nein	nein	nein	nein
ZG	APD-KJ	Fälle ambulant: 513 verrechnete Konsultationen: 7176	w: 227, m: 286	ja	Hauptdiagnose, Altersverteilung, Nationalität
ZH	Clenia	nein	nein	nein	nein
	KJPD ZH	Fälle ambulant: 4038 Fälle tagesstationär: 161	w: 1648, m: 2390 w: 57, ja m: 107		Neueintritte, Behandlungsort, Altersgruppe, Geschlecht, Haupteintrittsdiagnose
	KSW	ambulante Konsultationen: 7593	nein	nein	nein

* keine Berichte für das Jahr 2015 online verfügbar (Stand 25.05.2017)

** bis 31.12.2016 wurde die Psychiatrie OW durch das Kantonsspital Obwalden geführt

Quelle: Jahres- und Geschäftsberichte KJPDs 2015⁶

© Obsan 2017

3.1.3 Institutionelle psychiatrische Angebote: Versorgungssituation

Insgesamt fünf Berichte wurden zum Thema Versorgungssituation im Bereich der institutionellen psychiatrischen Angebote gefunden. Alle Berichte wiesen bei der institutionellen psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf Versorgungslücken hin. Zum Beispiel befragte Haemmerle (2007) 2006 sämtliche KJPDs und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater der SGKJPP zu den unterschiedlichen Arbeitsweisen der öffentlichen institutionellen Anbieter, um Lücken im Behandlungsangebot aufzuzeigen. Die Ergebnisse seiner Befragung zeigten, dass 2005 rund 2% der Minderjährigen in der Schweiz durch die KJPDs psychiatrisch versorgt wurden. Gemäss seiner Hochrechnung gab es über 29'000 ambulante institutionelle Behandlungen. 67% der Institutionen führten eine Warteliste. Bei 10% der Institutionen musste über 3 Monate auf einen Behandlungstermin gewartet werden.

Als Teil einer Bestandsaufnahme im Auftrag des BAG zu den kantonalen Psychiatriekonzepten wurde eine Online-Befragung zum Stand der Konzepte und ihrer Umsetzung durchgeführt (Guggenbühl et al., 2012). Befragt wurden die kantonalen Verantwortlichen für die Psychiatriekonzepte. Lediglich vier von 23 Kantonen gaben an, über eine gute Abdeckung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verfügen. Nur zehn Kantone gaben an, über eine gute Abdeckung ambulanter Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verfügen und vier Kantone berichteten von einem grossen Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern (inkl. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater).

Eine Strukturerhebung der psychologischen Psychotherapie aus dem Jahr 2012, die von der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) in Auftrag gegeben wurde, zeigte, dass im Bereich Kinder und Jugendliche 66% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Wartefrist haben (Stettler et al., 2013). Die Wartefrist betrug im Durchschnitt 3,8 Wochen. 34% der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mussten teilweise Kinder- und Jugendliche aus Kapazitätsgründen abweisen. In dieser Untersuchung wurde nicht unterschieden, ob sich die Antworten der befragten psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ihre Tätigkeit in Praxen oder in Institutionen bezogen.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich informierte 2016 in ihrem Bericht zur Gesundheitsversorgung über eine Dauerüberlastung in den beauftragten Kliniken in Bezug auf die stationäre Behandlung Jugendlicher (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion, 2016). Die Hälfte aller Notfälle musste deshalb in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie eingewiesen

⁶ PDAG: Psychiatrische Dienste Aargau AG. Geschäftsbericht 2015, UPD: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (2016). UPD Jahresbericht 2015, PBL: Psychiatrie Baselland. Geschäftsbericht 2015, UPK: UPK Basel. Jahresbericht 2015, FNPG: Staat Freiburg. FNPG Jahresbericht 2015, HUG: Hôpitaux universitaires de Genève. CHIFFRES-CLÉS 2015, KJP GR: Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden. Jahresbericht 2015, LUPS: Luzerner Psychiatrie. Geschäftsbericht 2015, CNP: Centre Neuchâtelois de Psychiatrie. rapport de gestion 2015, KS OW: Kantonsspital Obwalden. Geschäftsbericht 2015, KJPD SG: Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen. Jahresbericht 2015, Spitäler SH: Spitäler Schaffhausen. Jahresbericht 2015, Solothurner Spitäler AG: Solothurner Spitäler. Geschäftsbericht 2015, Clenia: Clenia AG. Jahresbericht 2015, KJPD: Spital Thurgau Psychiatrische Dienste. Statistiken & Zahlen 2015, CHUV: CHUV. Rapport annuel 2015, nant: Nant Fondation. Rapport Annuel 2015, PZO: Spital Wallis. Geschäftsbericht 2015, APD-KJ: Ambulante Psychiatrische Dienste Zug. Medizinische Statistik APD-KJ (01.01.2006 - 31.12.2015), KJPD ZH: Universitätsklinik Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich. 2015 Jahresbericht, KSW: Kantonsspital Winterthur. Jahresbericht 2015

und versorgt werden, obwohl diese nicht für die Behandlung psychisch erkrankter Jugendlicher spezialisiert sind. Um dem entgegenzuwirken, sollte gemäss der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in diversen Kliniken, die bereits Kapazitäten für Jugendliche in ihren Erwachsenenpsychiatriestationen beanspruchen, dieselben Ressourcen in jugendpsychiatrische Angebote umwandeln.

Eine Studie des Büro Bass im Auftrag des BAG zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen machte ebenfalls die Versorgungslücke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich (Stocker et al., 2016). Als Teil dieser Erhebung wurde eine umfangreiche Online-Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern gestartet. Die Resultate zeigen, dass im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den ambulanten institutionellen Angeboten mit fünf Wochen und bei den stationären Angeboten mit sechs Wochen Wartezeit zu rechnen ist. Alle stationär angestellten Psychiaterinnen und Psychiater im Kinder- und Jugendbereich berichteten, dass sie mangels Kapazität Patienten abweisen müssen. Bei den ambulanten und intermediären Angeboten waren es 64% der Ärztinnen und Ärzte, die von Überweisungen aus Kapazitätsmangel berichteten. Mehr als 80% der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater gaben an, dass die Stellen von Fachärztinnen und Fachärzten im Kinder- und Jugendbereich teilweise über 3 Monate vakant bleiben oder die neu angestellten Ärztinnen und Ärzte ungenügend qualifiziert seien. Dieser Mangel an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern zeigte sich unabhängig von Region und Setting. Ausserdem seien wichtige Koordinations- und Vernetzungsarbeiten unterfinanziert. 82% der befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte gaben an, dass mehrere Stellen angefragt werden müssen, bis für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden könne. Die Studie deutet auch auf Zugangshürden hin, die trotz vorhandenem Angebot deren Inanspruchnahme erschweren. Genannt wurden von den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern Scham, Stigmatisierung und fehlende Krankheitswahrnehmung bzw. Krankheitseinsicht. Für Familien seien zudem oft der zeitliche Aufwand sowie die räumliche Entfernung bestehender Angebote Hindernisse zur Inanspruchnahme.

3.2 Nicht-institutionelle, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Ausserhalb des institutionellen Settings bieten die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche an. Minderjährige mit einer psychischen Störung werden aber auch manchmal direkt durch die behandelnde Kinderärztin bzw. den behandelnden Kinderarzt psychiatrisch oder psychotherapeutisch versorgt.

3.2.1 Versorgungssituation und Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater

Die Statistik der FMH⁷ zeigte für das Jahr 2016 469 berufstätige Ärztinnen und Ärzte mit dem Fachtitel der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche im ambulanten Sektor (inkl. dem institutionellen, ambulanten Versorgungsbereich) arbeiten. Ein Grossteil der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater arbeiten mit Teilzeitpensen von weniger als 80% (Stocker et al., 2016).

Zwei Studien zur Angebotssituation und Inanspruchnahme von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Haemmerle (2007) und Stocker et al. (2016) (s.a. Kapitel 3.1.2 zur stationären Psychiatrie). Haemmerle schätzte für das Jahr 2005 über knapp 20'000 Fälle, die durch die Niedergelassenen in der Schweiz behandelt wurden. Der Betreuungsumfang betrug pro niedergelassene Psychiaterin bzw. niedergelassenen Psychiater zwischen 6 und 284 Fälle pro Jahr. 58% der Niedergelassenen berichteten, eine Warteliste zu führen. Bei 43,5% der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater betrug die Warteliste über zwei Monate. Der Mangel an praktizierenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater liess sich durch die jüngere Studie von Stocker et al. (2016) bestätigen. 80% der Ärztinnen und Ärzte in Einzel- oder Gruppenpraxen berichteten, dass sie Patientinnen und Patienten mangels Kapazität abweisen müssen. Die durchschnittliche Wartezeit bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern betrug 8 Wochen. Die häufigsten behandelten psychischen Störungen durch die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater waren gemäss den Befragungen klar die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) (Haemmerle, 2007: 46%; Stocker et al., 2016: 32%) gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) und den affektiven Störungen (F3).

⁷ www.fmh.ch → Ärzttestatistik → Interaktives Abfragetool zur FMH-Ärzttestatistik (Zugriff am 10. Juli 2017)

3.2.2 Die Versorgung psychischer Störungen durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Trotz der Bedeutung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden zu deren Arbeit kaum Informationen gefunden. Eine Ausnahme ist die bereits erwähnte Studie von Stettler et al. (2013). Sie macht jedoch in ihrer Auswertung keinen Unterschied, ob die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einer Institution oder einer ambulanten Praxis, sei es delegiert oder freischaffend, arbeiten.

3.2.3 Die Versorgung psychischer Störungen durch Kinderärztinnen und Kinderärzte

Kinderärztinnen und Kinderärzte nehmen mit ihrem regelmässigen Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle bei der (Früh-)Erkennung psychischer Störungen ein. Somit sind die Diagnosestellungen von psychischen Störungen und die Art der anschliessenden Behandlungen, sei es durch die Kinderärztinnen und Kinderärzte selbst oder durch Überweisen an spezialisierte Fachkräfte, für die Versorgung von Relevanz.

In einer Studie von In-Albon et al. (2010) wurden Kinderärztinnen und Kinderärzte zur Behandlung der psychischen Störungen bei ihren Patientinnen und Patienten befragt. 1500 Fragebogen wurden mit der Zeitschrift *Paediatrica* versendet. 20% davon wurden retourniert – 160 Fragebogen aus der deutschen Schweiz, 83 aus der französischen und sieben aus der italienischen Schweiz. Die befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte gaben an, bei etwa 15% der Kinder und Jugendlichen psychische Probleme anzutreffen. Am häufigsten wurden ADHS-Störungen genannt. 88% der Kinderärztinnen und Kinderärzte gaben an, psychische Störungen selber zu diagnostizieren. Mehr als die Hälfte der Befragten benutzten dazu diagnostische Instrumente. 90% der Kinderärztinnen und Kinderärzte berichteten, eine Form von Behandlung für das Kind und die Familie anzubieten: Davon waren 87% Beratungen, 60% psychopharmakologische Behandlungen und 45% Psychotherapien, die hauptsächlich bei Schlafstörungen, Essstörungen und Adipositas angeboten wurden. Als die am häufigsten genannte Psychotherapieform wurde die Verhaltenstherapie genannt (33%), gefolgt von der Familientherapie (28%) und der Gesprächstherapie (18%). Obwohl die Mehrzahl der Kinderärztinnen und Kinderärzte angab, eine Patientin oder einen Patienten mit ADHS-Diagnose medikamentös zu behandeln (mit Methylphenidat als häufigste Medikamentenwahl), empfand lediglich ein Viertel der Befragten es als nötig, ein Kind mit einer ADHS-Diagnose an eine psychotherapeutische Einrichtung weiterzuleiten oder selbst eine Psychotherapie anzubieten. Die Studie zeigt auch, dass die Kinderärztinnen und Kinderärzte sich kompetenter fühlten, eine Diagnose bei ADHS zu stellen als bei Angststörungen und Depressionen. Am häufigsten wurden Kinder mit psychischen Problemen an KJPDs (33%), Erziehungsberatungsstellen (21%) und an SPDs (14%) weiterverwiesen. Die befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte zeigten ein grosses Interesse an diagnostischen Weiterbildungen zu psychischen Störungen.

Obwohl in der Studie von Stocker et al. (2016) auch Kinderärztinnen und Kinderärzte befragt wurden, sind kaum Resultate spezifisch für diese Ärzteguppe verfügbar, da alle Auswertungen zusammen mit den Hausärztinnen und Hausärzten, die auch Erwachsene behandeln, ausgewertet wurden. Gemäss Befragung vermuten die Kinderärztinnen und -ärzte, dass im Durchschnitt 6% der behandelten Patientinnen und Patienten an einer möglichen psychischen Störung leiden (Stocker et al., 2016).

3.3 Angebote in der Schule

Neben den psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten der Institutionen und der ärztlichen und psychologischen Praxen, welche in den Kapiteln 3.1 und 3.2 beschrieben wurden, nehmen im Schulalter vor allem die SPDs, die Erziehungs-, Familien- und Jugendberatungsstellen und in wenigen Kantonen die SADS im Bereich (Früh-)Erkennung und teilweise auch bei der Behandlung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle ein. Je nach Kanton oder Gemeinde können SPDs und Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen psychotherapeutische Behandlungen anbieten.

3.3.1 Schulpsychologische Dienste (SPDs)

Die SPDs spielen bei der (Früh-)Erkennung und Behandlung von psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen im Schulalter eine wichtige Rolle. Sie wurden gesamtschweizerisch systematisch nach Informationen zur Inanspruchnahme überprüft. Eine Durchsicht der Webseiten der regionalen Angebote zeigte, dass diese teilweise auf kantonaler, teilweise auf kommunaler Ebene gesetzlich verankert sind. Die unterschiedlichen Strukturen bringen auch unterschiedliche Ressourcen und

Ausrichtungen mit sich. So bieten nur wenige SPDs psychotherapeutische Behandlungen als festen Bestandteil des Angebotes an. Als Beispiel für die unterschiedlichen Ausrichtungen der SPDs sollen exemplarisch die folgenden Ausführungen zu den Versorgungsstrukturen in den Kantonen Bern und Zürich dienen.

Im Kanton Bern fallen die Schulpsychologie und die Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen unter die Erziehungsberatung der kantonalen Erziehungsdirektion. Nach Art. 32 der Volksschulverordnung vom 10. Januar 2013 ist die Aufgabe der kantonalen Erziehungsdirektion Bern das «Sicherstellen der kinder- und jugendpsychologischen sowie die schulpsychologische Versorgung der Kinder und Jugendlichen bis zum ersten Abschluss auf der Sekundarstufe II». Die kantonale Erziehungsberatung bietet als Dienstleistungen somit auch psychologische erste Hilfe und Psychotherapie an, die auch von den SPDs als Massnahme empfohlen werden können und unentgeltlich sind. Die SPDs arbeiten partnerschaftlich mit dem kantonalen KJPD zusammen.

Im Kanton Zürich sind die SPDs einerseits und die Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen andererseits zwei verschiedenen Ämtern der kantonalen Bildungsdirektion zugeordnet: dem Volksschulamt und dem Amt für Jugend- und Berufsberatung. Im Kanton Zürich sind die SPDs hauptsächlich für pädagogische Fragestellungen zuständig. Für klinische Fragestellungen ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) zuständig, die wiederum zur Gesundheitsdirektion gehört (Volksschulamt Kanton Zürich & Schulpsychologischen Dienste, 2013). Die kantonalen SPDs geben keine Empfehlung medizinischer Massnahmen ab. Es besteht jedoch eine enge Zusammenarbeit zwischen der KJPP und den SPDs. Sollte bei der Anmeldung ersichtlich sein, dass der jeweils andere Dienst zuständig ist, werden die Sorgeberechtigten bzw. Jugendlichen aufgefordert, sich direkt dort zu melden. Anfallende Kosten für Abklärungen und Behandlungen in der KJPP werden in der Regel von der Krankenkasse getragen.⁸

Die Webrecherche nach Daten zur Inanspruchnahme der SPDs war unergiebig. Von über 200 Regionalstellen konnten für das Schuljahr 2014/15 lediglich Informationen der SPDs des Kantons St. Gallens, der Stadt St. Gallen, und jeweils von zwei Luzerner und Zürcher Regionalstellen online gesammelt werden. Die Kantone Basel-Stadt, Solothurn, Appenzell Innerrhoden, Graubünden und Tessin schickten auf Anfrage Informationen zur Inanspruchnahme ihrer SPDs, dies aber teilweise für unterschiedliche Schul- oder Kalenderjahre. Alleine aus diesen Fallzahlen (ohne Informationen zum Alter oder Geschlecht der Kinder bzw. Jugendlichen, Anmeldegründe oder Empfehlungen/Massnahmen) lässt sich nur die Inanspruchnahme der SPDs herleiten, aber kaum etwas zur psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, den Versorgungswegen und dem Stellenwert der SPDs bei der Früh-(Erkennung) und Behandlung von psychischen Problemen. Als Ausnahme sticht der SPD des Kantons St. Gallen hervor, welcher seit 2009 seine detaillierte Fallstatistik in den Jahresberichten veröffentlicht (schulpsychologie-sg.ch). So wurden beim SPD des Kantons St. Gallen – ohne die Stadt St. Gallen, die einen eigenen SPD führt –, für das Schuljahr 2014/15 total 2952 Neuanmeldungen und 683 Fälle aus dem Vorjahr verzeichnet. Durchschnittlich waren die Schülerinnen und Schüler bei der Erstanmeldung 8 Jahre alt. Weit mehr als die Hälfte der Anmeldungen waren Jungen. Gesamthaft war bei über zwei Dritteln der Anmeldungen (2768 Fälle) Leistungs- und Lernverhalten ein Anmeldegrund. Probleme des Emotional- und Sozialverhaltens wurden bei ca. einem Fünftel der Fälle als Anmeldegrund benannt (784 Fälle). Am Häufigsten wurden pädagogische Massnahmen (>2200) empfohlen. Psychologische Hilfe durch eine andere Stelle in Form einer Psychotherapie oder Beratung wurde bei 3,9% (140) der Fälle empfohlen und 2,6% der Fälle (95) wurden der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugewiesen. Mehrfachnennungen waren bei den Anmeldegründen und Empfehlungen in den Auswertungen möglich. 103 Schülerinnen und Schüler wurden zusätzlich durch die eigene Kriseninterventionsgruppe des SPD St. Gallen beraten.

Da die SPDs kantonal oder kommunal organisiert sind, bedeutet dies, dass keine Vorgaben zur systematischen Erfassung der Inanspruchnahme der Dienstleistungen der SPDs auf nationaler Ebene existieren und die Daten nicht systematisch veröffentlicht werden. Das standardisierte Abklärungsverfahren (SAV), das seit dem Schuljahr 2015/16 ein schweizweit verbindliches Instrument einer Bedarfsabklärung von möglichen Sonderschulmassnahmen ist, ist ein erster Ansatz eines systematischen und einheitlichen Erhebens von Informationen zur Leistungserfassung (EDK, 2014). Das Ziel des SAV ist das Schaffen von angemessenen Bildungs- und Entwicklungschancen unter Berücksichtigung internationaler und nationaler Vorgaben sowie lokaler Gegebenheiten. Nicht alle Kantone erfassen zurzeit die SAV elektronisch. Sollte sich die elektronische Erhebung durchsetzen, könnte die Basis für eine gesamtschweizerische Sammlung der Daten geschaffen werden.

⁸ Seit der Änderung vom 05. März 2015 von Art.15 der Volksschulverordnung des Kantons Zürich können die Gemeinden den schulpsychologischen Diensten auch weitere Aufgaben übertragen.

3.3.2 Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen

Die Familien-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Ihre Arbeit hat sicher präventiven, oft aber auch kurativen Charakter: Je nach Kanton oder Gemeinde können die Beratungsstellen eine psychotherapeutische Behandlung anbieten. Trotzdem wurde keine schweizweite Recherche zur Inanspruchnahme dieser Einrichtungen durchgeführt, da durch die kantonale bzw. kommunale Organisation dieser Angebote der Rahmen dieser Untersuchung gesprengt worden wäre. Um aber eine grobe Idee zur Verfügbarkeit der Informationen zu erhalten, wurde exemplarisch für die Kantone Basel-Land und Basel-Stadt eine vollumfängliche Recherche in Bezug auf Angebot und vorhandene Angaben zur Inanspruchnahme (Jahresberichte etc.) durchgeführt. Es zeigte sich wie bei den SPDs, dass kaum Informationen zur Inanspruchnahme vorhanden sind. Einzelne Jahresberichte geben Auskunft über die Anzahl der Konsultationen, oft aber nicht nach Alter der Ratsuchenden aufgeteilt (z.B. Fabe, 2016). Die Berichte machen aber deutlich, dass diese Beratungsstellen zur psychosozialen Unterstützung und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beitragen.

3.3.3 Schulärztliche Dienste

Wie die übrigen Angebote in den Schulen sind die SADs heterogen strukturiert, da die Organisation und Finanzierung auf kantonaler und auf kommunaler Ebene gesetzlich verankert sind. In den Grossstädten wie Zürich, St. Gallen, Bern, Winterthur und Basel sind Schulärztinnen und Schulärzte vollamtlich eingestellt. Der Grossteil von ihnen übt die Tätigkeit jedoch nebenamtlich aus im sogenannten Milizsystem. Der Schwerpunkt der schulärztlichen Untersuchung liegt in der Kontrolle des Seh- und Hörvermögens, des Impfstatus, des Gewichts und beim Kindergarteneintritt des Entwicklungsstatus. In der Regel werden keine psychotherapeutischen Behandlungen angeboten. Deshalb wurden für diesen Bericht die SADs nicht gesamtschweizerisch nach Informationen angeschaut.

Eine ausführliche Situationsbeschreibung der schulärztlichen Tätigkeit in der Schweiz von Dratva (2017), die als Teil der Analyse zur Eignung eines schulärztlichen Screening-Systems durchgeführt wurde, zeigt, dass einige Kantone im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen bei Schulaustritt neben dem Beratungsgespräch zusätzlich Daten mittels einem Fragenbogen zur psychischen Gesundheit, Sucht und Sexualität erheben. Auch bieten einige Kantone in der neunten Klasse in der letzten Untersuchung Beratungsgespräche an, die auch die psychische Gesundheit umfasst.

In Einzelfällen fallen durchaus auch psychiatrische bzw. psychotherapeutische Aufgaben in den Bereich eines SAD. In der Stadt Bern beispielsweise hat die Förderung der psychischen Gesundheit einen höheren Stellenwert als in anderen Kantonen oder Gemeinden. So können Eltern, Kinder, Jugendliche und die Lehrpersonen die schulärztliche Beratung jederzeit in Anspruch nehmen. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung der Stadt Bern zeigt, dass in den letzten 10 Jahren jährlich jeweils 80 bis 90 Kinder und Jugendliche die schulärztliche Beratung wegen schulischen Leistungs- oder Verhaltensprobleme in Anspruch genommen hatten (Tschumper, 2014). Diese klärt geeignete Massnahmen ab. Im Schuljahr 2012/13 wurden 1,3 % der Mädchen und 3,8 % der Jungen im Kindergartenalter und 0,3% der Mädchen und 0,8% der Jungen der 4. Klasse an die Erziehungsberatung oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterverwiesen. Die Inanspruchnahme der schulärztlichen Beratung der Stadt Bern hat in den letzten Jahren stark zugenommen.

3.4 Versorgungsangebote im Fokus

In der Literaturrecherche wurden wissenschaftliche Berichte zu den Versorgungsangeboten Autismus Diagnostik, Infant Mental Health, mobile Versorgung und ADHS gefunden. In diesem Kapitel wird näher auf die Befunde zu diesen Angeboten eingegangen.

3.4.1 Autismus Diagnostik- und Beratungsangebote

Im Jahr 2012 wurde das BSV mit der Erarbeitung eines Berichtes zur Erfüllung des Postulats Heche 12.3672 beauftragt, die Lage von Personen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und von deren Umfeld zu überprüfen. Der entsprechende Forschungsbericht beschreibt die Situation in der Schweiz in Bezug auf Diagnostik, Betreuung und Behandlung solcher Störungen und zeigt Optimierungsansätze auf (Schweizerischer Bundesrat, 2015). Die detaillierte Situationsanalyse der bestehenden Autismus-Diagnostikstellen zeigt, dass es schweizweit 38 Diagnostikstellen mit unterschiedlichen Spezialisierungsgraden gibt. Von den

Kantone Freiburg, Jura und Neuenburg konnten bei dieser Studie keine Informationen zu Diagnostikstellen ermittelt werden.⁹ Die befragten Expertinnen und Experten berichteten von einem Zuwachs an kompetenten Diagnostikstellen und einer Initiierung von Netzwerken verschiedener Fachpersonen (Schweizerischer Bundesrat, 2015). Diese gehören zu kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten, Spitälern und kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen. Zwei Kantone haben eine spezialisierte Beratung für Autismus-Spektrum-Störungen eingerichtet. In einem Kanton der lateinischen Schweiz wurde flächendeckend die Ausbildung zur Früherkennung von Autismus mit dem Screening-Instrument M-CHAT eingeführt. Trotzdem wurde ein Mangel an Diagnostikstellen benannt, da lange Wartefristen bestehen. Gemäss den Befragten hat sich die Zahl der ersten Diagnosestellung bei ausgeprägten Auffälligkeiten vor allem bei Kleinkindern erhöht. Innerhalb des Autismus-Spektrums wurde ein Zuwachs der Diagnosen Asperger-Syndrom – auch bekannt als *High-Functioning Autismus* – beobachtet. Zusätzlich wurden 81 Beratungs- und 44 Entlastungsangebote für Familien mit einem Familienmitglied mit Autismus ermittelt. Der Bericht betont, dass Kinder mit einer Autismusdiagnose in der Schweiz unterschiedlich gefördert werden, weil integrative Angebote und die eingesetzten Mittel von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich sind. Oftmals müssten z.B. die Eltern die Kosten für die Beratungen übernehmen.

3.4.2 Infant Mental Health

Zum Thema Infant Mental Health, also der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit, wurden zwei Studien der ZHAW zur Angebotssituation gefunden, nämlich eine regionale Bedarfsanalyse und eine gesamtschweizerische Angebotserhebung. In der Situations- und Bedarfsanalyse zur Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Kontext ermittelte Hall-Bieri (2013) in der Region Nordwestschweiz drei stationäre psychotherapeutische Angebote für Mutter und Kind, die auf vier bis acht Betten erweitert werden müssten, um die Grundversorgung für Mütter, die an postpartaler Depression leiden, minimal sicherzustellen. Zusätzlich schien das Angebot für Mütter mit mehreren Kindern in der untersuchten Region nicht gedeckt zu sein. Es zeigte sich bei den Befragten ein Bedürfnis einer besseren Vernetzung zwischen Zuweisenden und Anbietern.

Eine Angebotserhebung im Rahmen einer Bachelorarbeit mit dem Ziel einer Übersicht der ambulanten psychotherapeutischen Babysprechstunden für 0- bis 3-jährige Kinder und ihre Bezugspersonen ergab schweizweit 39 Stellen in drei Sprachregionen (Katz, 2012). Es zeigte sich, dass über 30% der Sprechstunden im Kanton Zürich sind, und dass zwei Drittel der Zürcher Angebote Klientinnen und Klienten aus anderen Kantonen betreuen. Die Anbieter betreuen zwischen drei und 500 Familien pro Jahr, welche am häufigsten von Kinderärztinnen und Kinderärzten (69%) zugewiesen wurden.

3.4.3 Mobile Versorgung

Mobile, aufsuchende Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche sind in mehreren Kantonen in unterschiedlichen Formen Teil des psychiatrischen Behandlungsangebotes (siehe Tabelle T3.1). Seit 2007 bieten die psychiatrischen Dienste des Kantons Thurgau die Multisystemische Therapie (MST) an. Dabei handelt es sich um eine lizenzierte, evidenzbasierte intensive Therapie für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren mit Störung des Sozialverhaltens (Fürstenau & Rhiner, 2009). Der Kanton Aargau folgte 2012 mit einem Pilotprojekt für den östlichen Teil des Kantons. Eine Adaption der MST, der multisystemische Therapie-Kinderschutz (MST-CAN), wurde im Kanton Thurgau 2011 und im Kanton Basel-Stadt 2014 eingeführt. Die Adaption der MST richtet sich an Familien mit psychisch kranken Eltern sowie Kinder, die von Misshandlung und Vernachlässigung bedroht sind (Schmid, 2016). Die MST-CAN wird während sechs bis maximal neun Monaten durchgeführt mit einer Erreichbarkeit des Teams rund um die Uhr. Sie wird zurzeit auf mehreren Ebenen durch die UPK in Basel wissenschaftlich begleitet. Eine weitere Form der mobilen Versorgung, welche im Kanton Aargau angeboten wird, ist die transdisziplinäre, aufsuchende Familienarbeit, die im Übergangsbereich zwischen Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik liegt (Krueger & Zobrist, 2015). Dieses intermediäre, nicht-institutionelle Angebot des Vereins Hota, Hometreatment Aargau, wird gezielt für Familien mit Mehrfachproblematik angeboten. Das Hometreatment wird unter Einbezug des zuständigen Facharztes triagiert und begleitet. Im Kanton Waadt werden zwei Angebote des Community Treatment angeboten. Das *Equipe Mobile Enfant e Adolescents* (eMEA) – früher *Antennes d'intervention dans le milieu pour enfants et adolescents* (AIMEA) – ist sowohl auf Kinder als auch auf Jugendliche, inklusive derjenigen in betreuten Wohneinrichtungen, ausgerichtet. Die *Equipe Mobile Adolescents* (EMA) hingegen ist spezifisch auf Jugendliche mit

⁹ Nach unseren Recherchen gibt es auch im Kanton Freiburg eine Autismus-Diagnostik Stelle, ein Joint Venture mit der Neuropädiatrie, medizinischen Genetik und dem KJPP (Email 25.5.17, Patrick Haemmerle, ehem. ärztlicher Direktor, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, FNPG).

schweren psychischen Störungen im Raum Lausanne spezialisiert. Eine Auswertung zur Zufriedenheit mit dem eMEA in sozialpädagogischen Einrichtungen nach einem Jahr zeigte, dass 64% der Befragten – die minderjährigen Heimbewohner, die Fachkräfte und die Heimleitung der Wohneinrichtungen – die meiste Zeit mit dem eMEA-Angebot zufrieden waren (Urben et al., 2015). Von den Minderjährigen wurden vor allem das Zuhören und die neutrale Stellungnahme, die Mobilität und die Hilfe geschätzt, während die Fachkräfte die Verfügbarkeit, Kompetenz und Kommunikation/Zusammenarbeit schätzten. Eine Auswertung des EMA zeigte bei den Jugendlichen von der prä- zur post-Messung signifikante Verbesserungen der HoNOSCA-Werte (Baier et al., 2013).

3.4.4 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die auf ein Postulat im Kantonsrat des Kantons Zürich durchgeführte Studie von Rüesch et al. (2014) zu ADHS bei Zürcher Kindern und Jugendlichen untersuchte u.a. die Inanspruchnahme von Methylphenidat (z.B. Ritalin). Gemäss Rüesch et al. (2014) stieg die Verschreibungsrate von Methylphenidat bei 7- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern zwischen 2006 und 2012 von rund 1,5% auf 2,6%. In der Gesamtschweiz stieg die Verschreibungsrate von Methylphenidat von 1,5% auf 2,4%. Dabei war die Verschreibungsrate bei den Jungen fast doppelt so hoch wie bei den Mädchen. Die stärkste Zunahme der Methylphenidat-Jahresprävalenz zeigte sich in der Altersgruppe der 13- bis 15-jährigen Jungen. Zugenommen haben in diesem Zeitraum auch die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen der Methylphenidat-Bezügerinnen und Bezüger. Die Auswertungen zeigten, dass der Anteil an erstverschreibenden Hausärztinnen und Hausärzten zwischen 2006 und 2012 von 25% auf 20% abnahm. Dagegen nahm der Anteil an erstverschreibenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern gleichzeitig von 19% auf 25% zu.

3.4.5 Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe ist nicht Teil des Gesundheitswesens. Allerdings ist ein grosser Teil der Kinder und Jugendlichen, die von der stationären Kinder- und Jugendhilfe betreut werden, psychisch krank: 74% leiden unter mindestens einer psychischen Erkrankung (Schmid et al., 2012; Fischer et al., 2016; Imbach et al., 2013). Deshalb gehen wir auf Berichte zu diesem Thema ein. Die Zuständigkeit im Bereich der Heimerziehung liegt bei den Kantonen. Die Verantwortung liegt meist bei verschiedenen Departementen und stützt sich auf mehrere gesetzliche Grundlagen. Der Zuständigkeitsbereich des Bundes umfasst lediglich finanzielle Beiträge im Rahmen des Straf- und Massnahmenvollzugs (BSV, 2014).

In einer von der Eidgenössischen Finanzkommission beauftragten Befragung wurden stationäre Kinder- und Jugendeinrichtungen, welche keine Subventionen des Bundesamtes für Justiz erhalten, hinsichtlich ihrer Betreuungsqualität befragt (Dvorak et al., 2011). Ziel dieser Befragung war, diese Daten mit vom Bundesamt für Justiz anerkannten Erziehungseinrichtungen zu vergleichen. Es resultierten gesamthaft 205 Einrichtungen mit jeweils mehr als sieben Plätzen (162 in der deutschen, 25 in der französischen und 8 in der italienischen Schweiz). Die Autoren betonen, dass es sich hierbei nicht um eine Vollerhebung handelt. 87% der befragten Einrichtungen verfügten gemäss dieser Untersuchung über ein internes oder externes therapeutisches Angebot, z.B. ärztliche Betreuung und Psychotherapie. Was genau die ärztliche Betreuung umfasst, wurde im Bericht nicht erläutert.

Eine Datenanalyse zur Entwicklung der stationären Kinder- und Jugendhilfe im Kanton Zürich ermittelte 61 staatsbeitragsberechtigende und 12 nicht beitragsberechtigende Einrichtungen im Kanton Zürich (Liesen et al., 2012). Im Bericht wurden die Art der Platzierung, die Anzahl Plätze und Aufenthaltstage, das Geschlecht, die überkantonalen Platzierungen und reale und projektierte Kosten angeschaut. Die Daten zeigten, dass nicht nur Kinder bis zum 18. Lebensjahr, sondern auch junge Erwachsene bis 22 Jahre und darüber hinaus in den Einrichtungen wohnten. Die Autoren empfahlen unter anderem eine Individualstatistik einzuführen, um Fallverläufe besser verfolgen zu können.

3.4.6 Projekte zur Gesundheitsförderung

Projekte zur Gesundheitsförderung oder Prävention fallen ebenfalls nicht in den Bereich der Versorgung und Epidemiologie. Einige ausgewählte Projekte stellen wir im Folgenden trotzdem kurz vor, weil sie an der Schnittstelle sowohl zur Versorgung wie auch zur Epidemiologie sind. Für die Auswahl haben wir uns auf eine Liste von Gesundheitsförderung Schweiz gestützt. Diese wurde im Rahmen einer Erweiterung der kantonalen Aktionsprogramme für Kinder und Jugendliche um den Bereich psychische

Gesundheit zusammengestellt. Aufgenommen wurden Programme, die als qualitativ gut eingeschätzt und anhand von Wirksamkeitsstudien evaluiert wurden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017; vgl. Tabelle T 3.4).

T 3.4 Projekte zur Gesundheitsförderung

Projektname	Inhalt	Alter	Ort	Kanton / Region
schritt:weise	Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien durch ein sekundärpräventives Spiel- und Lernprogramm. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	1–5	Hausbesuche	Deutschschweiz, Westschweiz
zeppelin – familien startklar inkl. PAT mit Eltern lernen	Interventionsprogramm durch Frühförderung und Elternbildung PAT – Mit Eltern Lernen. Interventionen werden in der ZEPPELIN Studie umgesetzt. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	0–3	Hausbesuche	ZH, SG, TG, BE, TI
«Maison Verte» Begegnungszentren für Kinder und ihre Eltern	Anlaufstellen und Begegnungsstrukturen für Kinder von 0 bis 5 Jahren in Begleitung eines Elternteils oder einer anderen Bezugsperson. Förderung sozialer Begegnungen im Beisein der Eltern und Vorbereitung auf künftige Trennung und Unterstützung der Eltern in der Erziehungsrolle. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	0–5	Maison Verte Zentren	VD, JU, GE, VS, FR, ZH
Wikip Winterthurer Präventions- und Versorgungsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern	Nachhaltige Verbesserung der Versorgung von Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil durch frühzeitige Erkennung problematischer Entwicklungen. Fremdevaluation/ Prozessevaluation	0–18	Anlauf und Triagestelle	Winterthur und Umgebung
Pfade Programm zur Förderung alternativer Denkstrategien	Präventionsprogramm in Schulen zur Reduktion von Problemverhalten, Gewalt und Mobbing durch Förderung sozialer, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen mit den Schwerpunktthemen: Regeln, gesundes Selbstwertgefühl, Gefühle und Verhalten, Selbstkontrolle, Problemlösen, Freundschaften und Zusammenleben, Lern- und Organisationsstrategien. Wirksamkeitsnachweis internationale Ergebnisse. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	Kinder- garten Primar	Schule	Deutschschweiz
ESSKI Eltern und Schule stärken Kinder	Förderung psychosozialer Gesundheit auf der Primarstufe durch Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen bei Lehrpersonen, Schulkindern und Eltern. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	Primar	Schule	ZG, BS
Papperla PEP Bodytalk PEP PEP – Gemeinsam Essen	Präventions- und Früherkennungsarbeit für ein interdisziplinäres, gesundheitsförderndes Verständnis von psychischer Gesundheit und die Entwicklung einer entsprechenden Haltung im Umgang mit Essen, Bewegung und positivem Selbst- und Körperbild. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	0–20	Kitas, Mütter- Väterberatung, Tagesschule, Lehrpersonen, Anlaufstellen,	BE, ZH, AG, TG, LU, BL, BS, VS, FR, ZG, GL
MindMatters	Programm zur Förderung der Lebenskompetenzen, inkl. Instrumente und Leitfäden für die Planung und das Management zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	Primar Sekundar	Schule	Deutschschweiz
TiL Training in Lebenskompetenz	Für SchülerInnen, Lösungswege für festgefahrene Muster aufzeigen, «Experimentier-Raum», in dem Regeln und Selbst- und Sozialkompetenz vermittelt werden. Selbstevaluation / Wirkungsevaluation	Primar Sekundar	Schule	TG, ZH
Du seisch wo düre/zwäg!	Konzept zur Stärkung der Lebenskompetenzen von SchülerInnen durch Unterstützung bei der Beantwortung aktueller Lebensfragen oder beim Lösen von Problemen. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	Sekundar I und II	Kita, Hort	BE

Projektname	Inhalt	Alter	Ort	Kanton / Region
Jugendprojekt LIFT Leistungsfähig durch individuelle Förderung und praktische Tätigkeit	Integrations- und Präventionsprogramm an der Schnittstelle zwischen Volksschule (Sek I) und Berufsbildung (Sek II), gerichtet an Jugendliche ab der 7. Klasse, die sich in einer erschwerten Ausgangslage befinden bezüglich späterer Integration in die Arbeitswelt. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation	ab 7. Klasse	Schule, Gewerbebetrie- be	CH
Femmes-Tische Module Psychische Gesundheit / Gesunder Lebensstart	Moderierte Gesprächsrunden in 20 Sprachen für Familien mit Migrationshintergrund. Stärkung in der sozialen Kompetenz, Kennenlernen eigener Ressourcen und Wege aus Isolation des Erziehungsalltages. Gesunder Lebensstart: Verbesserung des Zugangs zur ärztlichen Versorgung, Gestaltung einer tragfähigen Beziehung zu Kleinkindern, anregende Lernumgebung in der Familie. Fremdevaluation / Wirkungsevaluation (nur Bereich «Tabak»)	0–Sek I	Privater oder institutioneller Rahmen	Deutschschweiz Westschweiz

Quelle: GFCH 2017

© Obsan 2017

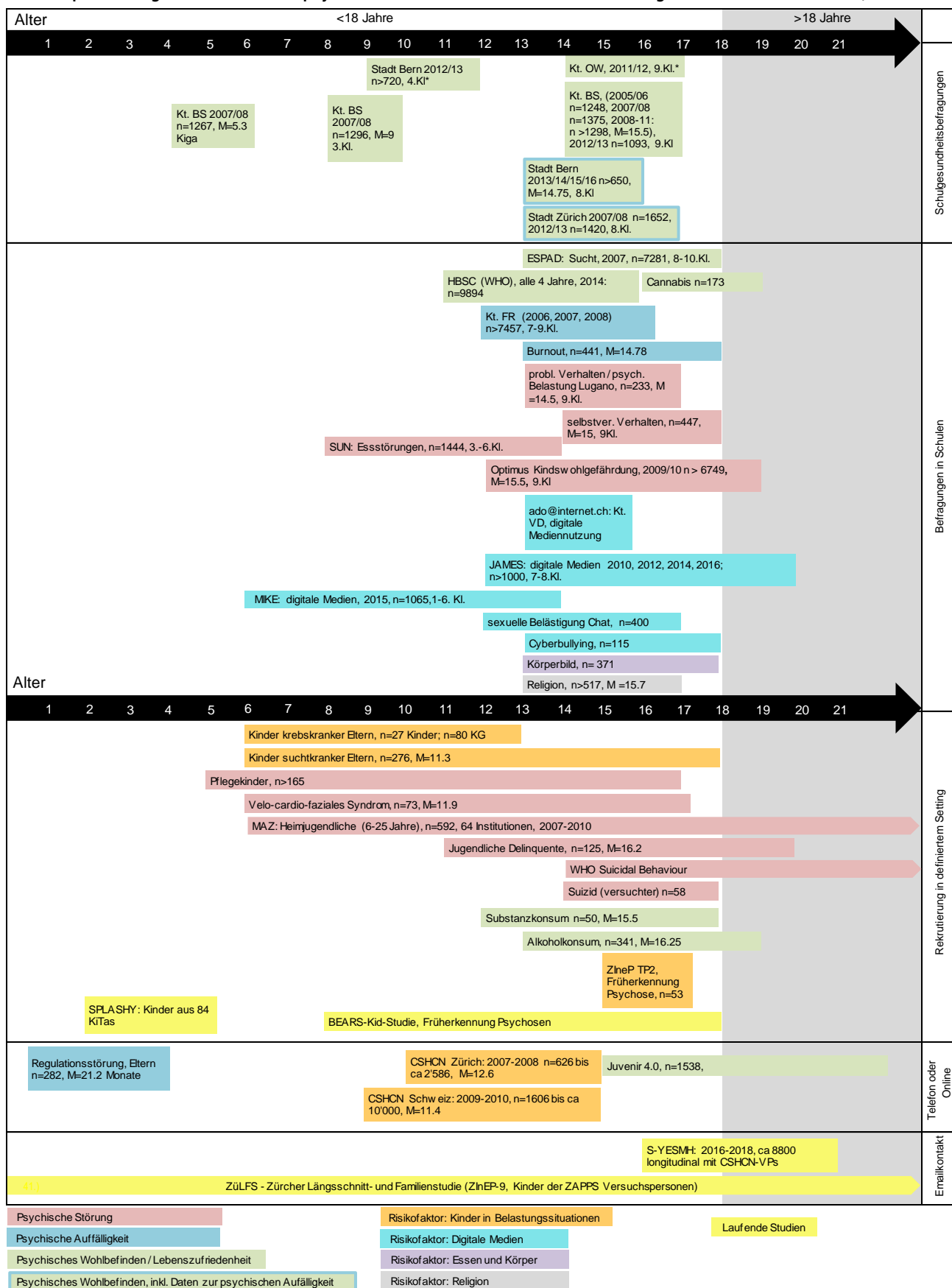
4 Epidemiologie

Beim Thema Epidemiologie psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen denkt man primär an Studien zur Prävalenz von psychischen Störungen. Zwischen 2006 und 2016 wurde keine umfassende epidemiologische Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen im Kindes und Jugendalter durchgeführt. Es sind allein einige Ergebnisse für spezifische Personengruppen bzw. spezifische Krankheitsbilder vorhanden. Viele epidemiologische Studien arbeiten allerdings nicht mit diagnostizierten psychischen Störungen und somit komplexen diagnostischen Instrumenten, sondern erheben psychische Auffälligkeiten mittels Skalen bzw. Fragebogen. Hierzu konnten einige kleinere, regional begrenzte Studien gefunden werden. Fokussiert man auf die psychische *Gesundheit*, ist das allgemeine psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit sowie Lebensqualität von Interesse. Dazu werden bei Schulkindern vom 5. bis 9. Schuljahr mit repräsentativen Erhebungen regelmässig schweizweit Daten erhoben, die sogenannten HBSC-Studien (Health Behaviour in School-aged Children). Da die HBSC-Studien auch in weiten Teilen Europas durchgeführt werden, lassen sich Ländervergleiche abbilden. Auch die in einigen Kantonen bzw. Städten durchgeführten Schulgesundheitsbefragungen geben Auskunft über die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. Schliesslich fallen auch Studien, die sich mit den Ursachen von psychischen Störungen befassen, in den Bereich der Epidemiologie. Diese sind im Kapitel Risikofaktoren zusammengefasst. Sehr gut erforscht ist z.B. der Konsum psychoaktiver Substanzen. Gleich mehrere Studien widmen sich dem Thema, keine erfasst aber Sucht nach diagnostischen Kriterien, womit sie nicht unter psychische Störungen fallen. Ebenfalls gut erforscht ist der Medienkonsum. Da er häufig in Zusammenhang mit Gesundheit bzw. Krankheit diskutiert wird, werden entsprechende Resultate vorgestellt. Schliesslich sind in einem letzten Kapitel wichtige aktuell laufende Studien aufgeführt, die alle bis Ende 2016 noch keine Publikationen aufwiesen.

In den Studien wurden Altersangaben inkonsistent verwendet. Die Angabe «bis 16 Jahre» beispielsweise bedeutete meistens (aber nicht immer) bis zum vollendeten 15. Altersjahr, die Angabe «bis 18 Jahre» bedeutete hingegen vorwiegend bis zum vollendeten 17. Altersjahr. In diesem Bericht wird dies so gehandhabt, dass z.B. «bis 17 Jahre» immer Jugendliche bis zum vollendeten 17. Altersjahr bedeutet. Dies gilt dem entsprechend auch für alle anderen Altersangaben.

In der folgenden Abbildung (G 4.1) sind alle gefundenen Schweizer Studien zu epidemiologischen Fragestellungen, die in den Jahren 2006 bis 2016 durchgeführt respektive publiziert wurden, aufgeführt. In den schwarzen Pfeilen ist das Alter (in Jahren) der untersuchten Population eingetragen. Die Recherche konzentriert sich auf Studien zu Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren, d.h. auf den weissen Bereich der Abbildung. Die Spalte ab 18 Jahren ist hingegen grau eingefärbt. Farblich sind die verschiedenen Themengebiete, zu denen die Studien zusammengefasst wurden, hervorgehoben. Zum Beispiel liegt der grün gefärbte HBSC-Balken zwischen 11 und 16. Die befragten Kinder und Jugendlichen der HBSC-Studie sind also zwischen 11 und 15 Jahren alt. Die Grafik zeigt, dass vor allem im frühen Kindesalter kaum Studien durchgeführt wurden. Die meisten Studien wurden im Schulalter der Kinder oder während der Adoleszenz durchgeführt. Auf alle Studien wird in den nächsten Kapiteln kurz eingegangen.

G 4.1 Epidemiologische Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, 2006–2016



* Schätzung. Keine Angabe zum Altersrange
n=Anzahl Probanden, M=Mittelwert Alter

4.1 Prävalenz von psychischen Störungen und Auffälligkeiten

Einige epidemiologische Studien verwenden komplexe diagnostische Instrumente, andere arbeiten mit Skalen bzw. Fragebogen, welche durch die Eltern oder durch die Kinder und Jugendlichen selber beantwortet werden. Der Terminus «psychische Störung/Erkrankung» wird hier ausschliesslich im Zusammenhang mit Studien verwendet, welche auf diagnostische Instrumente zurückgreifen. Diese Studien sind in Kapitel 4.1.1 dargestellt. Bei Studien, welche Prävalenzen mithilfe von Skalen ermittelt haben, wird von psychischen Auffälligkeiten gesprochen. Diese sind in Kapitel 4.1.2 zusammengefasst. Die Übersicht über internationale epidemiologische Studien in Kapitel 4.1.3 zeigt, dass beide Herangehensweisen gewählt werden.

4.1.1 Studien zu psychischen Störungen

Grundlage dieses Berichts sind Publikationen aus dem Zeitraum 2006 bis 2016. Die einzige repräsentative Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter wurde in der Schweiz jedoch 1994 durchgeführt. Es handelt sich dabei um die *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology* (ZESCAP, z.B. Steinhausen et al., 1998). Sie wird mangels aktueller Daten immer noch referenziert. In der Studie wurde in einem Zwei-Stufen-Design eine für den Kanton Zürich repräsentative Stichprobe von 1964 Schülerinnen und Schülern zuerst mit einer Fragebogenerhebung erfasst. Daraus wurde eine wiederum repräsentative Stichprobe von 379 Kindern mit einem klinischen Interview befragt. Die Ergebnisse zeigten eine 6-Monats-Prävalenz für psychische Störungen in diesem Alter von 22,5% (Steinhausen et al., 1998). Rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose, nämlich 11,4%, litt an Angststörungen. Ebenfalls häufig vertreten waren Ticstörungen (6%) und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (5,3%). Die jüngste Altersgruppe (6 bis 9 Jahre) hatte mit 31,3% und die mittlere Altersgruppe (10 bis 13 Jahre) mit 25,4% eine signifikant höhere Prävalenz an psychischen Störungen als die älteste Altersgruppe (14 bis 17 Jahre) mit 12,8%. 6-Monats-Prävalenzraten

Die ZESCAP-Studie wurde im Längsschnitt als ZAPPS-Studie weitergeführt (*Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study*, z.B. Steinhausen & Winkler Metzke, 2007). Dafür wurde aus der ZESCAP-Stichprobe die Kohorte der 1239 Schülerinnen und Schüler im Alter von 10 bis 17 Jahren ausgewählt und mit einer zusätzlichen Stichprobe von 253 Schülerinnen und Schülern ergänzt. 1492 Schülerinnen und Schüler (Durchschnittsalter 16 Jahre) nahmen bei der *zweiten* Erhebung 1997 teil. In der *dritten* Erhebung (2001) war das Durchschnittsalter 20 Jahre, in der *vierten* Erhebung (2005) 24 Jahre, und damit ausserhalb des hier interessierenden Altersbereichs. Ein Vergleich zwischen der ersten und zweiten Erhebung zeigt beispielsweise, dass affektive Störungen zunahm (Steinhausen & Winkler Metzke, 2007). Beim ersten Erhebungszeitpunkt (Durchschnittsalter 13 Jahre) war die Prävalenzrate affektiver Störungen 0,7%. In der zweiten Erhebung (Durchschnittsalter 16 Jahre) wurden neben den Eltern auch die Jugendlichen befragt. Sowohl die Eltern wie auch die Jugendlichen schätzten zu diesem Zeitpunkt die Prävalenzrate höher ein: Die Jugendlichen auf 5,1%, ihre Eltern auf 1,2%.

Für den Zeitraum 2006 bis 2016 wurden zwei Studien gefunden, die an grossen Stichproben Prävalenzraten von jeweils einer spezifischen psychischen Störungsgruppe – PTSD bzw. Essstörungen – untersuchte. Die Studie Optimus zur Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) (Landolt et al., 2013) wurde von der UBS Optimus Foundation initiiert mit dem Ziel, sexuellen Missbrauch und Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen zu thematisieren. In der Schweiz wurden repräsentative Daten bei 6787 Kindern und Jugendlichen erhoben (Averdijk et al., 2011). Die Befragungen wurden in der 9. Klasse durchgeführt. In einer Publikation gingen die Autorinnen und Autoren auf die Lebensprävalenz sowie die aktuelle Prävalenz von traumatischen Erlebnissen ein: 56,6% der Mädchen und 55,7% der Jungen gaben an, schon mindestens einmal ein traumatisches Erlebnis erlitten zu haben. Die beträchtlich hohen Prävalenzraten von PTSD war für Mädchen 6,2% und für Jungen 2,4%. Auch gaben 22% der Mädchen und 8% der Jungen an, schon mindestens einmal Opfer eines sexuellen Übergriffes mit körperlichem Kontakt geworden zu sein. 9,5% der Jungen und 28% der Mädchen gaben ausserdem an, im Internet sexuell belästigt worden zu sein. Die Studie bestätigte, dass Kinder, die zu Hause Misshandlungen ausgesetzt sind, häufiger Opfer von sexueller Gewalt werden.

Die Swiss University Study of Nutrition (SUN) untersuchte die Häufigkeit von früh einsetzenden restriktiven Essstörungen bei Kindern. In der deutsch- und französischsprachigen Schweiz wurden 1444 Schülerinnen und Schüler im Alter von 8 bis 13 Jahren untersucht (Kurz et al., 2015; van Dyck et al., 2013). Etwas über 3% der Kinder zeigten laut der Selbstbefragung restriktives Essverhalten gemäss den DSM-5 Kriterien für eine Störung mit Einschränkung oder Vermeidung der Nahrungsaufnahme (engl.: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder). Dabei waren untergewichtige Kinder im Vergleich zu normal- und übergewichtigen Kindern häufiger betroffen.

Zwei Studien ermittelten die Prävalenz von psychischen Störungen bei delinquenten Jugendlichen. Imbach et al. (2013) untersuchten männliche, derzeit nicht inhaftierte ehemals delinquente Jugendliche (Alter 11 bis 19 Jahre) aus einer jugendforensisch-psychiatrischen Ambulanz und verglichen sie in einem sog. *matched sample* mit Daten einer Kohorte von 2428 Patientinnen und Patienten des KJPD Zürich sowie einer Stichprobe aus ZAPPS-Probanden. Beim klinischen Sample waren die psychiatrischen Diagnosen in der Regel häufiger. Als Ausnahme zeigten sich allerdings die Verhaltensprobleme: Beim forensischen Sample wurden 36,8% mit dieser Diagnose eingeschätzt, beim klinischen Sample waren es nur 24%. Einen Unterschied gab es auch in Bezug auf die IQ-Werte: beim forensischen Sample hatten 11,2% einen IQ-Wert unter 85 und somit eine niedrige Intelligenz, beim klinischen Sample waren es nur 1,6%. Im Rahmen des *Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen* (MAZ), umgesetzt von einer Arbeitsgruppe der UPK in Basel (z.B. Schmid et al., 2012) wurde die Prävalenz von psychischen Störungen bei strafrechtlich, zivilrechtlich oder freiwillig in einer Institution platzierten Jugendlichen untersucht. Der Hintergrund dafür lag darin, dass im Jahr 2007 das Jugendstrafrecht eingeführt wurde. Für den stationären Massnahmenvollzug enthält es zwei zentrale Forderungen: erstens eine umfassende Abklärung der persönlichen Verhältnisse sowie der psychischen und physischen Gesundheit der platzierten Jugendlichen und zweitens eine jährliche Verlaufskontrolle der Massnahme. Bei der Basiserhebung im Jahr 2007 und im Folgejahr konnten 592 Adoleszente (11 bis 17 Jahre) aus 64 verschiedenen Institutionen (38 in der Deutschschweiz, 20 in der Westschweiz und 6 im Tessin) befragt werden. Davon waren 32% weiblich. 25% der Befragten wurden strafrechtlich und 54% zivilrechtlich platziert. 21% lebten freiwillig mit Unterstützung der Behörden in einer Institution (Schmid et al., 2012; Fischer et al., 2016). Die Jugendlichen zeigten eine sehr hohe psychische Belastung: 74% von ihnen litten unter mindestens einer psychischen Erkrankung nach dem psychiatrischen Diagnosesystem ICD-10; über 44% erfüllten gar die Diagnosekriterien für zwei oder mehr psychische Erkrankungen. Tatsächlich konnte auch eine Häufung von Risikofaktoren gezeigt werden: bei 30% der Befragten waren die Mütter psychisch krank, bei 28% kam bei den Eltern eine Suchterkrankung vor, 11% der Väter waren inhaftiert, über 80% der Jugendlichen erlebten mindestens ein traumatisches Erlebnis und über ein Drittel mehr als drei traumatische Erlebnisse.

Eine Forschungsgruppe der Universität Genf führte eine Studie zum Zusammenhang zwischen dem velo-cardio-fazialen Syndrom¹⁰ und Angststörungen bei einer Stichprobe von 73 Kindern und Jugendlichen durch (Fabbro et al., 2012). Kinder mit velo-cardio-fazialen Syndrom litten häufig unter Angststörungen und/oder Phobien sowie Depressionen, die wiederum einen Einfluss auf ihre Anpassungsfähigkeiten in ihrem Umfeld hatten.

Suizidprävention ist im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ein wichtiges Thema – gerade auch im Jugendalter. In den letzten zehn Jahren wurde das Thema Suizid bei Jugendlichen in der Schweiz nur in zwei Studien, die Teil der WHO/Euro *Multicentre Study on Suicidal Behaviour* waren, differenziert untersucht. Eine Arbeitsgruppe der Psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik Basel erhob Daten von allen 983 Personen, die zwischen Anfang 2003 und Ende 2006 im Kanton Basel-Stadt wegen Suizidversuchen in Ambulanzen eingeliefert wurden (Muheim et al., 2013). Die jungen Männer (15 bis 19 Jahre) weisen im Vergleich zu den Männern insgesamt eine leicht tiefere Suizidversuchsrate auf: 89,6 gegenüber 115,9 pro 100'000 Einwohner. Bei den Frauen ist es umgekehrt: Die jungen Frauen weisen gegenüber den Frauen insgesamt eine höhere Suizidversuchsrate auf: 272,2 gegenüber 206,6 pro 100'000 Einwohnerinnen. Eine Arbeitsgruppe in Bern konzentrierte sich ausschliesslich auf Jugendliche: Alle 257 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, die zwischen 2004 und 2010 nach einem Suizidversuch zur Notaufnahme im Inselspital in Bern kamen, wurden nach denselben Vorgaben befragt (Kupferschmid et al., 2013). Es zeigte sich, dass männliche Jugendliche häufiger von hohen Gebäuden sprangen und seltener zu Intoxikationen griffen als weibliche Jugendliche.

4.1.2 Studien zu psychischen Auffälligkeiten

Neben epidemiologischen Studien, die sich auf die Prävalenz von psychischen Erkrankungen konzentrieren und diese mit diagnostischen Instrumenten erfassen, erheben andere die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten mithilfe von Fragebogen bzw. Skalen (ohne diagnostischen Anspruch). Damit werden auch Aussagen zu sub-klinischen psychischen Auffälligkeiten möglich.

Da es wenige schweizweite Erhebungen zu psychischen Auffälligkeiten gibt, wird kurz auf die KIDSCREEN-Studie eingegangen, obwohl diese bereits etwas älter ist. Die *KIDSCREEN-Studie* (Screening for and Promotion of Children and

¹⁰ Das velo-cardio-faziale Syndrom zeigt folgende Leitsymptome: Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Lernprobleme) und auffällige Verhaltensweisen (extreme Schüchternheit), dysmorphologische Auffälligkeiten sowie klinische Auffälligkeiten (z.B. Gaumenspalte und bestimmte Anomalien des Herzens).

Adolescents Health: A European Public Health Perspective¹¹) hatte zum Ziel, einen standardisierten und kulturübergreifend einsetzbaren Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität zu entwickeln. In der Schweiz war das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern beteiligt. Zwecks der Normierung und Validierung wurde der Fragebogen im Jahr 2003 gemeinsam mit weiteren Instrumenten wie dem SDQ¹² in repräsentativen Bevölkerungstichproben von 22'863 (1121 davon aus der Schweiz) 8- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen aus 13 europäischen Ländern eingesetzt¹³. Die Auswertung des SDQ (der grenzwertigen und auffälligen Werte) ergab für Schweizer Kinder und Jugendliche eine 6-Monats-Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 14%. Damit hatten die Schweiz und Schweden (13%) im Vergleich zu den anderen befragten europäischen Ländern die niedrigsten Prävalenzwerte.

Im Zeitraum 2006 bis 2016 führten einige schulärztliche Dienste auf kantonaler bzw. städtischer Ebene Schülerbefragungen durch, die neben verschiedenen Fragen zur psychischen Gesundheit auch das Thema psychische Auffälligkeiten behandelten (ausführlicher zu den Schulgesundheitsbefragungen siehe Kapitel 4.2.2). Dabei handelte es sich oftmals um Vollerhebungen oder repräsentative Samples, die jedoch auf Kantone oder Städte begrenzt waren. Weiteren Berichten liegen nicht repräsentative Stichproben zugrunde. Viele der Untersuchungen verwendeten den SDQ-Fragebogen.

In Zürich wurden im Schuljahr 2012/13 Schülerinnen und Schüler in den 2. Sekundarklassen zu depressiven Symptomen und Angstgefühlen befragt (n=1420, Durchschnittsalter 13,9 Jahre; Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2013). 16% der Jugendlichen zeigten hohe Werte in Bezug auf Nervosität, Ängstlichkeit und Anspannung. Mädchen litten häufiger (19%) an belastenden Ängsten als Jungen (13%). Depressive Symptome in klinischem Ausmass gaben 17% der Jugendlichen an. Ein unterschiedlich hoher Anteil von Jugendlichen aus der Sekundarschule A (7% eher auffällig, 7% auffällig) und der Sekundarschule B (14% eher auffällig, 15% auffällig) gibt an, sich wenig unter Kontrolle zu haben und Regeln zu verletzen. In einer Teilstichprobe von 475 Stadtzürcher Achtklässler (Durchschnittsalter=13,9 Jahre) verzeichneten 11% einen grenzwertigen und 6% einen auffälligen SDQ-Gesamtproblemwert.

In der Stadt Bern wurden im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen im Schuljahr 2012/13 Daten von 817 Kindergartenkindern (Altersdurchschnitt 6,2 Jahre) und 727 Primarschulkindern (Altersdurchschnitt 10 Jahre) erhoben (Tschumper, 2014). Die Befragung befasste sich mit der demographischen Entwicklung in der Stadt Bern, der körperlichen Gesundheit und der Entwicklung der Kinder sowie der Inanspruchnahme von unterstützenden Angeboten. Die von drei Schuljahren zusammengefassten Daten zeigten Auffälligkeiten in der Konzentration bei 6% der Mädchen und 10% der Jungen, sowie eine Diagnose oder starker Verdacht auf ADHS bei 1% der Mädchen und 3% der Jungen. Bei den Primarschulkindern wurden Schwierigkeiten ausgehend vom Bericht der erziehungsberechtigten Person, der Lehrperson oder des Kindes selbst erfasst. Bei 6,8% der Mädchen und 7,8% der Jungen zeigten sich Schwierigkeiten bei den schulischen Leistungen, bei 1,9% der Mädchen und 3,9% der Jungen beim Sozialverhalten, sowie bei 6,8% der Mädchen und 17,2% der Jungen bei Verhaltensauffälligkeiten.

In einer epidemiologischen Fragebogenuntersuchung in der Region Lugano wurden Viertklässlerinnen und Viertklässler der Mittelschulen im Alter von 14 bis 16 Jahren befragt (Lacina et al., 2014). In acht von 13 möglichen Schulen nahmen insgesamt 233 Schülerinnen und Schüler teil. Insbesondere wurde die psychische Belastung bzw. das Problemverhalten mit dem SDQ durch die Jugendlichen selbst eingeschätzt. Beim Gesamtproblemwert erreichten 15,5% der Schülerinnen und Schüler einen grenzwertig auffälligen Wert, 10,3% einen auffälligen Wert.

Ebenfalls um die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern ging es in einer Studie durchgeführt von der Universität Freiburg zwischen 2006 und 2008. Sie wurde von der Hochschule für Wirtschaft (HSW) Freiburg ausgewertet (Zuchuat & Gingins, 2011). Für den Bericht wurden die Daten von etwas über 7400 Schülerinnen und Schülern der Oberstufe (Schuljahre sieben, acht und neun der Real-, Sekundar- und Progymnasialabteilung, Alter etwa 12 bis 17 Jahre) verwendet. Insgesamt erzielten 11% der Befragten Werte, die auf eine depressive Tendenz und 15%, Werte, die auf Angstzustände hindeuten. Von den befragten Schülerinnen und Schülern hatten 23% schon einmal an einen Suizid gedacht und 8% hatten bereits einen Suizidversuch

¹¹ <https://www.kidscreen.org>

¹² Vom SDQ (Goodman, 1997; Klasen et al., 2000) gibt es eine Elternversion, eine Lehrerversion und eine Version für Jugendliche. Von den 25 Items sind je fünf Items den fünf Skalen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten zugeordnet. Die Summe der ersten vier Skalen ergibt den Gesamtproblemwert. Der Gesamtproblemwert kann den drei Gruppen normal, grenzwertig und auffällig zugeteilt werden. Meistens werden die Gruppen *grenzwertig* und *auffällig* als psychisch auffällig ausgewiesen.

¹³ Der Fragebogen zur Lebensqualität wurde unterdessen in diversen Studien eingesetzt (z.B. Mohler & Dey, 2011, Bella-Studie, Deutschland)

unternommen (5% in den letzten 12 Monaten).¹⁴ In den drei Bereichen Depressivität, Angst und Suizidversuch war der Anteil der Mädchen stets höher als der der Jungen. Mittels einer Clusteranalyse konnten ausserdem vier Gruppen von Schülerinnen und Schülern definiert werden: *gut in Form* (39%), *Problemkumulationen* (85%), *stille Schwierigkeit* (13%) und einer *Zwischengruppe* mit 39%, die zwar einige Gesundheitsprobleme zeigte, bei der aber noch nicht von einer eigentlichen Problemkumulation gesprochen werden konnte.

In zwei Studien wurden schliesslich zwei spezifische psychische Auffälligkeiten untersucht, nämlich selbstverletzendes Verhalten und Burnout. Zur Epidemiologie von selbstverletzendem Verhalten hatte eine Arbeitsgruppe der UPK in Basel 447 Schülerinnen und Schüler der 9. Klasse der Stadt Basel zu ihrem selbstverletzendem Verhalten befragt (Hefti et al., 2013). Dabei interessierte, ob sich Jugendliche mit und ohne selbstverletzendem Verhalten in ihren Temperaments- und Charaktereigenschaften unterscheiden. Ein wichtiges Resultat war, dass Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten eine niedrigere Selbstlenkungsfähigkeit aufwiesen als Jugendliche ohne selbstverletzendes Verhalten. In einer Studie der Universität Lausanne zu Burnout im Kontext Schule wurden 441 Jugendliche von 13 bis 17 Jahren befragt (Meylan et al., 2015). Wie erwartet, war soziale Unterstützung der Schule, der Mitschülerinnen und Mitschüler und der Eltern negativ mit Burnout assoziiert.

Eine Studie einer Arbeitsgruppe der UPK in Basel untersuchte die psychische Belastung und die Bindungsprobleme bei Pflegekindern und zusätzlich den pflegeelterlichen Stress (Unterberg et al., 2013). Die psychische Belastung wurde mit dem CBCL (Child Behavior Checklist) gemessen. Knapp 70% der Pflegekinder erreichten einen Wert für psychische Belastung im klinisch auffälligen Bereich.

Kaum Informationen zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten wurden für die frühe Kindheit gefunden. Die Ausnahme ist eine Masterarbeit der ZHAW. Dabei wurden 282 Mütter von Kindern zwischen 6 Monaten und 3 Jahren zu exzessivem Schreien, Schlaf- und Essproblemen seit Geburt befragt (Hösli-Leu, 2016). 23,4% der Kinder zeigten in den ersten drei Monaten exzessives Schreien, zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat waren es noch 16% und nach dem 6. Lebensmonat 5,7%. Bei der Frage nach den Schlafproblemen wurde eine andere Zeiteinteilung gewählt: Während im Alter von 6 bis 12 Monaten 12,1% der Kinder daran litten, waren es im zweiten Lebensjahr noch 5,9% und im dritten Lebensjahr 5,3%. Die Prozentwerte bei den Essproblemen sind etwas geringer: 6,1% im Alter von 6 bis 12 Monaten, 5,9% im zweiten Lebensjahr und 5,3% im dritten Lebensjahr. Diese Werte sind höher als die von zwei Vergleichsstudien aus Deutschland (Wurmser et al., 2001; Von Kries et al., 2006). Allerdings war die Stichprobe der Studie von Hösli-Leu (2016) nicht repräsentativ.

4.1.3 Internationale Daten zur Prävalenz psychischer Störungen bzw. Auffälligkeiten

Damit die Schweizer Prävalenzzahlen (der ZESCAP-Studie) eingeordnet werden können, werden zum Vergleich neuere internationale epidemiologischen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in Tabelle T4.2 präsentiert. Es ist allerdings schwierig die Ergebnisse zu vergleichen, da die Studien sehr unterschiedlich aufgebaut sind. Beispielsweise werden teils DSM-Diagnosen (eingeschätzt mithilfe komplexer diagnostischer Instrumente), teils Einschätzungen aufgrund von Skalen (z.B. SDQ; Einschätzung durch die Eltern oder die Jugendlichen selber) als Grundlage der Falldefinition verwendet und auch die Stichproben sind unterschiedlich gewählt (z.B. bezüglich Alter). Die Prävalenzwerte reichen von 8,2% psychisch erkrankter 6- bis 14-Jähriger in Italien bis 23,9% psychisch erkrankter 10- bis 18-Jähriger in Österreich. Die Studie von Wichtstrom et al. (2012) mit der im Vergleich jüngsten Stichprobe von vierjährigen Kindern zeigt eine Prävalenzrate von 7,1%.

¹⁴ Diese Prävalenzen sind leicht höher als die der weiterhin oft zitierten gross angelegten SMASH-Studie (Swiss multicenter adolescent survey, Narring et al., 2004) aus dem Jahr 2002. Die befragten 7428 Jugendlichen waren zwar etwas älter, nämlich zwischen 16 und 20 Jahre alt. 3,4% der Mädchen und 1,6% der Jungen bejahten die Frage, ob sie in den letzten 12 Monaten einen Suizidversuch gemacht haben.

T 4.2 Internationale Daten zur Prävalenz von psychischen Störungen/Auffälligkeiten

Land, Autor(en)	Alter	Fallzahl (n)	Falldefinition	Fallerfassung	Befragte	Zeitraum	Prävalenz
Schweiz Steinhausen et al. (1998)	6–17	1994	DSM-R-II	1) CBCL, YSR 2) DISC-P INT	Selbst & Elternteil	6 Mt.	22% Psych. Störung
Deutschland Schmitt et al. (2015)	5-7	3945	SDQ-Gesamt- problemwert	SDQ (auffällig & grenzwertig)	Elternteil	6 Mt.	13,7% Auffälligkeit
Klasen et al. (2017)	3–17	2814	SDQ-Gesamt- problemwert & Impact Score	SDQ (auffällig & grenzwertig)	Selbst & Elternteil	6 Mt.	17,2% Auffälligkeit
Grossbritannien Office for National Statistics (2005)	5–16	12'294	ICD-10	SDQ, DAWBA INT	Selbst & Elternteil & Lehrer		10% Psych. Störung
Norwegen van Roy et al. (2006)	10–19	29'631	SDQ-Gesamt- problemwert & Impact Score	SDQ (auffällig)	Selbst	6 Mt.	12,5% Auffälligkeit
Wichtstrom et al. (2012)	4	2475	DSM-IV	1) SDQ 2) PAPA INT	Elternteil	3 Mt.	7,1% Psych. Störung
Italien Frigerio et al. (2009)	6–14	3418	DSM-IV	1) CBCL 2) DAWBA INT	Selbst & Elternteil		8,2% Psych. Störung
Österreich Wagner et al. (2017)	10–18	3477	DSM-5	1) YSR 2) Kinder-DIPS	Selbst & Elternteil	Punktprävalenz	23,9% Psych. Störung

Abkürzungen: Child Behavior Check List (CBCL), Youth Self Report (YSR), Diagnostic Interview Schedule for Children – Elterninterview (DISC-P INT) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Development and Well-Being Assessment interview (DAWBA INT), Preschool Age Psychiatric Assessment interview (PAPA INT), Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)

© Obsan 2017

4.1.4 Fazit

Dass nach über 20 Jahren noch immer die ZESCAP-Studie – die ausserdem auf den Kanton Zürich beschränkt ist – als Referenz für die Prävalenzen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen herangezogen wird, zeigt, wie vernachlässigt diese Thematik ist. Für Kinder unter sieben Jahren gibt es überhaupt keine repräsentative Studie. Zwei psychische Störungen bzw. Störungsgruppen, nämlich PTSD und Essstörungen, sowie einige psychische Auffälligkeiten sind etwas besser beforscht – dies gilt auch für wenige spezifische Personengruppen. Die Übersicht über die Prävalenzraten der ZESCAP-Studie im Vergleich zu neueren internationalen Studien zeigt eine weitere Schwierigkeit: Die Prävalenzraten variieren beträchtlich. Dies hat u.a. mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten, unterschiedlich berücksichtigten Altersgruppen sowie unterschiedlich definierten Zeiträumen des Auftretens der Störung zu tun. Umso wichtiger sind repräsentative Studien, welche das ganze Altersspektrum abbilden und nach wissenschaftlichen Qualitätsstandards durchgeführt werden.

4.2 Allgemeines psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Verschiedene Studien beschäftigten sich mit dem allgemeinen psychischen Wohlbefinden bzw. der Lebenszufriedenheit. Zwar ist ein Mangel an psychischem Wohlbefinden nicht gleichbedeutend mit Problemverhalten oder einer psychischen Störung. Für die psychische Gesundheit sind allerdings beide Aspekte – Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit – wichtige Indikatoren. Vor allem die HBSC-Studien erhoben gesamtschweizerisch repräsentative Daten zu psychischem Wohlbefinden. Ausserdem erfassten verschiedene Schülerbefragungen der Schulgesundheitsdienste Informationen dazu, allerdings nicht schweizweit und unterschiedlich umfangreich. Die letzte Befragung der Juvenir-Studie durchgeführt von der Jacobs Foundation befasste sich mit dem Thema Stress im Jugendalter. Und schliesslich beforschte eine repräsentative Studie zuerst im Kanton Zürich und dann schweizweit die Lebensqualität von Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen.

4.2.1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-Jährigen (HBSC)

Die HBSC-Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden in über 40 Ländern (hauptsächlich Europa) alle vier Jahre durchgeführt. In der Schweiz fand die erste Durchführung 1986 durch Sucht Schweiz statt. In den repräsentativen Studien werden Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Seit 2006 wurden drei Erhebungen durchgeführt (2006, 2010, 2014), aus denen eine Reihe von Publikationen hervorgegangen ist (vgl. Bibliographie auf der Webseite der HBSC¹⁵). Es liegen einige Auswertungen für die gesamte Schweiz vor (z.B. zum Substanzkonsum: Marmet, Archimi, Windlin, & Delgrande Jordan, 2015). Daneben gibt es auch regionsspezifische Zusatzerhebungen für verschiedene Kantone bzw. überkantonale Regionen (NW, OW, UR), die auf Auftrag mittels einem kantonalen Oversampling erhoben wurden. In Tabelle T 4.3 sind die kantonalen HBSC-Erhebungen von 2006 bis 2014 ersichtlich.

T 4.3 Kantonale HBSC-Erhebungen 2006–2014

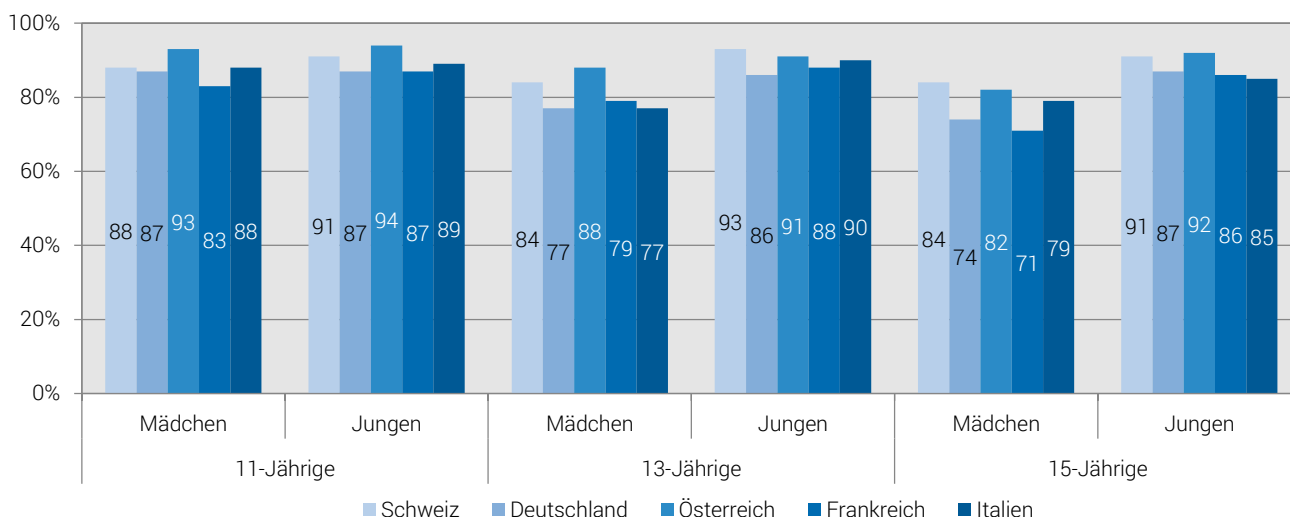
Kantone	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NW/OW/UR	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	VD	VS	ZG	ZH
2006	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	ja
2010	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja
2014	ja	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Quelle: Email Sucht Schweiz (16.06.2017)

© Obsan 2017

Die HBSC-Befragungen umfassten Fragen zur allgemeinen Gesundheit inklusive der Ernährung, der körperlichen Betätigung, dem Substanzkonsum, der Sexualität, aber auch der sozialen Einbettung und dem psychischen Wohlbefinden. Hier werden die Ergebnisse zum psychischen Wohlbefinden referiert – diejenigen zu Substanzkonsum werden im Kapitel 4.3.2 (Konsum psychoaktiver Substanzen) dargestellt. Schweizer Ergebnisse der letzten HBSC-Befragung von 2014 finden sich auch in einem länderübergreifenden Bericht der WHO (Inchley et al., 2016). Dies erlaubt es, die Zahlen aus der Schweiz mit denjenigen der Nachbarländer zu vergleichen. Es wurden insgesamt 219'460 Jugendliche in 42 Ländern befragt, davon 6634 in der Schweiz. Die Abbildungen G 4.2 bis G 4.4 stellen Befunde, die für das psychische Wohlbefinden relevant sind, aus der Schweiz und ihren Nachbarländern dar.

G 4.2 Anteile der 11-, 13- und 15-Jährigen mit hoher Lebenszufriedenheit, HBSC 2014



Anmerkung: Anteil der Befragten, die ihre Lebenszufriedenheit als hoch einschätzten (Wert 6 oder höher auf der Cantril Leiter, die folgendes erfragt: «Die oberste Sprosse dieser Leiter «10» bedeutet das Beste für dich erdenkliche Leben, der Boden «0» bedeutet das schlechteste mögliche Leben. Wo stehst du auf dieser Leiter, wenn du dein derzeitiges Leben betrachtest?»)

Quelle: Inchley et al. (2016)

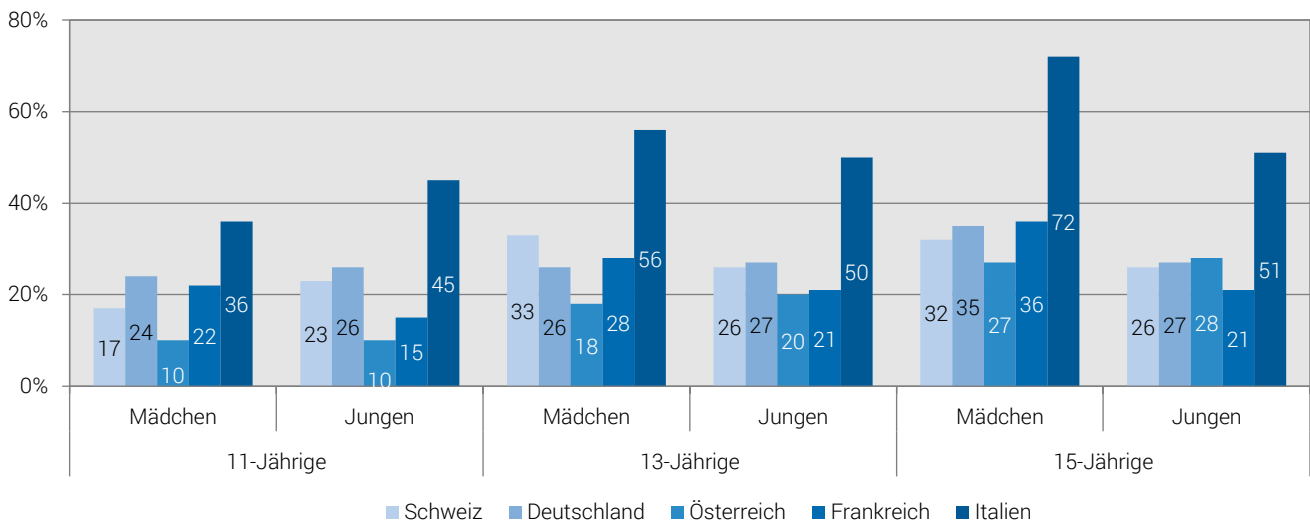
© Obsan 2017

¹⁵ <http://www.hbsc.ch/bibliographie.php?lang=de>

Ein grosser Anteil der befragten 11- bis 13-jährigen Jugendlichen in der Schweiz – zwischen 84% und 93% – berichtete von einer hohen Lebenszufriedenheit (Abbildung G 4.2). Dabei schätzen mehr Jungen als Mädchen ihre Lebensqualität als hoch ein, und zwar über alle Altersgruppen. Im Vergleich mit den anderen Ländern zeigen sich bei den 11-Jährigen keine bedeutenden Unterschiede. Bei den 13- und 15-Jährigen liegen die Schweizer Mädchen zusammen mit den Mädchen aus Österreich über den Durchschnittswerten ihrer Altersgenossinnen aus anderen Ländern. Bei den Jungen sind die Unterschiede zu den Durchschnittswerten aus den Nachbarländern auch in diesen Altersgruppen gering.

Die Schule ist im Jugendalter ein wichtiger Bereich für das psychische Wohlbefinden. Hier werden Ergebnisse zu der Frage, ob sich die Jugendlichen durch die Arbeit für die Schule gestresst fühlen, dargestellt (Abbildung G 4.3). Zwischen 17% (11-jährige Mädchen) und 33% (13-jährige Mädchen) fühlen sich durch die Arbeit für die Schule einigermassen bis sehr gestresst. Während sich bei den 11-Jährigen mehr Jungen gestresst fühlen, sind es bei den 13- und 15-Jährigen mehr Mädchen als Jungen. Die Anteile der gestressten Schülerinnen und Schüler in der Schweiz sind vergleichbar mit den Anteilen in Deutschland und Frankreich, während sie in Österreich geringer ausfallen (ausser bei den 15-jährigen Jungen), und in Italien in allen Altersgruppen deutlich höher sind.

G 4.3 Anteile der 11-, 13- und 15-Jährigen, die sich einigermassen oder sehr gestresst durch die Arbeit für die Schule fühlen, HBSC 2014



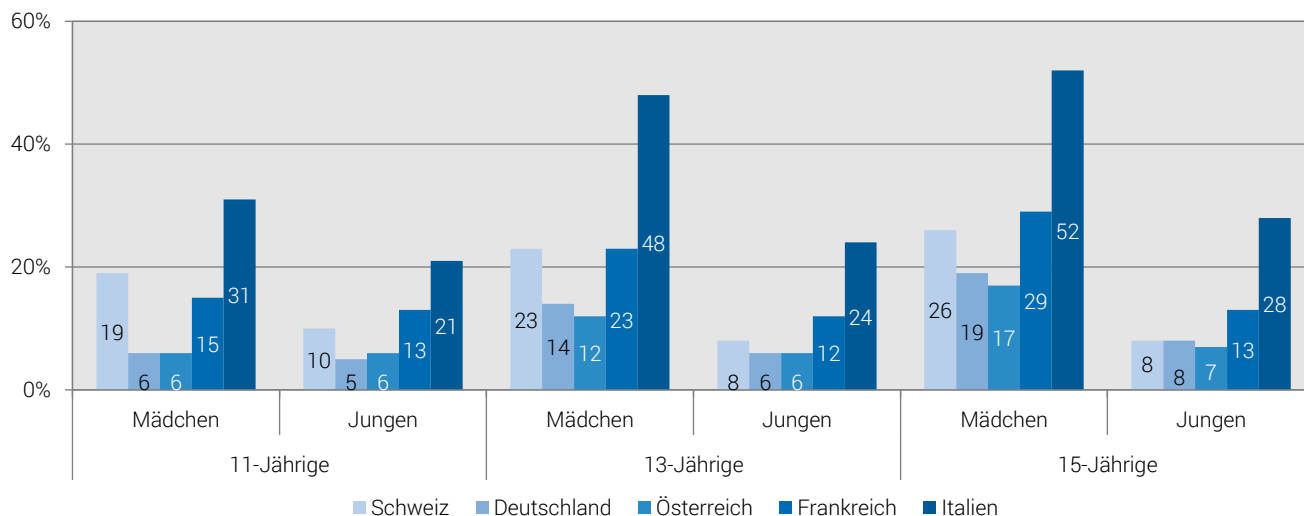
Quelle: Inchley et al. (2016)

© Obsan 2017

Die befragten Jugendlichen, die von erhöhtem und anhaltendem Stress berichteten, zeigten sich beeinträchtigt in ihrem Wohlbefinden und wiesen eine geringere Lebenszufriedenheit auf (Eichenberger, Kretschmann & Delgrande Jordan, 2017).

Der HBSC umfasst auch Fragen zu affektiven Symptomen, z.B. zum Gefühl der Traurigkeit. Die Ergebnisse der Befragung dazu sind in Abbildung G 4.4 aufgeführt. Bei den Mädchen aus der Schweiz gaben 19% der 11-Jährigen, 23% der 13-Jährigen und 26% der 15-Jährigen an, sich mehr als einmal pro Woche traurig oder bedrückt zu fühlen. Bei den Jungen waren es deutlich weniger, nämlich zwischen 8% und 10%. Im Vergleich zu den Jugendlichen aus der Schweiz sagten weniger Jugendliche aus Deutschland und Österreich, dass sie Gefühle der Traurigkeit haben. Die Anteile der Jugendlichen aus Frankreich sind vergleichbar mit den Schweizer Anteilen, die Anteile der Jugendlichen aus Italien sind jedoch deutlich höher. Auch in den Nachbarländern fühlen sich mehr Mädchen als Jungen traurig oder bedrückt.

G 4.4 Anteile der 11-, 13- und 15-Jährigen, die sich mehr als einmal pro Woche traurig oder bedrückt fühlen, HBSC 2014



Quelle: Inchley et al. (2016)

© Obsan 2017

Es liegt unserer Erkenntnis nach kein Bericht mit einem Vergleich zu Dimensionen des psychischen Wohlbefindens zwischen den Kantonen vor. Exemplarisch werden hier die Ergebnisse einer Auswertung einer überkantonalen Region (NW, OW, UR) der HBSC-Befragung 2014 dargestellt (Kretschmann et al., 2015b). Diese umfassen Angaben von 1316 Schülerinnen und Schülern mit einem Altersdurchschnitt von 13,5 Jahren. Insgesamt schätzten 7% der Befragten ihren Gesundheitszustand als eher schlecht («einigermassen gut» und «schlecht») ein. Dies ist leicht unter dem nationalen Durchschnitt von 9,2%. Auf einer Skala von 0 bis 10 schätzten 92% ihre Lebenszufriedenheit mit 6 oder besser ein (am häufigsten wurde 8 mit 27% und 9 mit 25% angegeben). Allerdings gaben auch fast 25% der Jugendlichen an, sich in den letzten sechs Monaten mindestens einmal pro Woche traurig oder bedrückt gefühlt zu haben. Dies ist höher als der nationale Durchschnitt von 15,7%. Fast die Hälfte (45%) der Jugendlichen gab an, sich im gleichen Zeitraum mindestens einmal pro Woche gereizt oder schlecht gelaunt und 12% ängstlich und besorgt gefühlt zu haben.

4.2.2 Schulgesundheitsbefragungen

Einige Kantone und Städte nutzten die regulären schulärztlichen Untersuchungen, um Daten zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen repräsentativ zu erheben und diese in Form von Berichten zu veröffentlichen. Die Tabelle T4.4 listet die gefundenen Berichte mit Angaben zum Jahr der Befragung, der Stichprobengrösse, dem Alter und den befragten Themen auf. Die Befragungen wurden sehr unterschiedlich durchgeführt. Im Kanton Basel-Stadt führte der Kinder- und Gesundheitsdienst regelmässige Schulgesundheitsbefragungen durch. Dabei standen jeweils ein oder zwei Themen im Fokus der Befragung (z.B. 2008/09 Stress und 2010/11 psychische Gesundheit und Sport). Der Schulgesundheitsdienst der Stadt Zürich führte 2008/09 im Rahmen einer Masterarbeit eine umfangreiche Befragung zur Gesundheit und zum Lebensstil der Stadtzürcher Achtklässler durch (Pini Züger, 2008). Dazu wurde der eigene Fragebogen durch Fragen aus der HBSC-Befragung und der SMASH-Befragung von 2002 ergänzt. Im Jahr 2012/2013 folgte eine weitere Befragung der Stadtzürcher Jugendlichen der 8. Klasse, in der auch Items zu Gewalt, Angst und Depressivität erhoben wurden. Zudem wurde bei einer Teilstichprobe der SDQ erhoben. Die Stadt Bern benutzte für den Gesundheitsbericht 2014 mehrere bestehende Datenquellen, wie zum Beispiel die Einwohnerdatenbanken, Daten der schulärztlichen und der schulzahnärztlichen Untersuchungen und die Erfassungsdaten der schulsozialen Dienste. Auch der Stadt Berner Jugendgesundheitsbericht aus dem Jahre 2016 stützte sich auf verschiedene Datenquellen aus mehreren Schuljahren, z.B. die schulärztlichen Untersuchungen und die Gespräche mit den Jugendlichen in der 8. Klasse. Der Schulgesundheitsbericht 2012 des Kantons Obwalden basierte auf Daten der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Untersuchung inklusive des Gesundheitsfragebogens des Beratungsgesprächs in der 9. Klasse.

T 4.4 Schulgesundheitsberichte

Kanton/ Region	Jahr der Befragung	Grösse der Stichprobe	Alter / Klasse	Fragen in Bezug zur psychische Gesundheit
BS (2007)	2005/06	1248	9. Klasse*	Beschwerden, psychische Befindlichkeit, Schlafqualität, Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Cannabis)
BS (2010)	2007/08	1267 (Eltern)	M=5.3 (Kiga)	Entwicklungsprobleme, Inanspruchnahme ärztlicher oder psychologischer Angebote**, Beschwerden, Medikamente, Medienkonsum
		1296 (Eltern)	M=9 (3. Klasse)	
BS (2012)	2008/09	1375	M=15.5 (9. Klasse)	Allgemeine psychische Gesundheit, Inanspruchnahme ärztlicher oder psychologischer Angebote**, Medikamente, Probleme/Beschwerden, Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Cannabis, Partypillen), Medienkonsum
		1341	M=15.5 (9. Klasse)	Allgemeine psychische Gesundheit, Inanspruchnahme ärztlicher oder psychologischer Angebote**, Medikamente, Probleme/Beschwerden, Tabakkonsum, Stress
		2009/10	1315	9. Klasse*
BS (2015)	2010/11	1298	9. Klasse*	Allgemeine psychische Gesundheit, Inanspruchnahme einer Fachperson bei psychischen Problemen**, nicht- /verschriebene Medikamente, strafrechtliche und psychosoziale Konflikte
		2013/14	1093	M=15.4 (9. Klasse)
Stadt Bern (2014)	2012/13	>720	4. Klasse*	Beschwerden, schulische Probleme, Massnahmen SAD, Überweisungsstelle
	2012/13	817	Kiga*	Beschwerden, Verhaltensauffälligkeiten (Kumulation aus den Jahren 2010/11–2012/13), Massnahmen SAD Überweisungsstelle
Stadt Bern (2016)	2013/14 2014/15 2015/16	>650	M=14.8 8. Klasse	Einflussmöglichkeit auf das Leben, psychisches Befinden, Stress, Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Cannabis), Umgang mit digitalen Medien, familiäre Probleme, Mobbing, Ansprechpersonen, zusätzlich separate Onlinebefragung Befragung n=120 mit Gesundheitsfragen
OW (2013)	2011/12	--	9. Klasse*	belastende Begebenheiten, Stress, Gesprächspartner, Gewalt, sexuelle Belästigung, Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Cannabis), Medienkonsum
Stadt Zürich (2008)	2007/08	1652	13–16 Jahre 8. Klasse	Allgemeine psychische Befindlichkeit, Lebenszufriedenheit, Beschwerden, Stimmung, Probleme die Hilfe benötigen, Medikamente, Gesprächspartner, Körperwahrnehmung, Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Drogen), Gewalt, Selbstverletzendes Verhalten, Selbsttötungsgedanken und Suizidversuch, Beratungsmöglichkeiten, Medienkonsum
Stadt Zürich (2013)	2012/13	1420	M=13 8. Klasse	Beschwerden, momentane Gefühlslage, Lebenszufriedenheit, Angst und Depression, Medikamente, Körperwahrnehmung, Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Drogen), Fachleute als Ansprechpersonen, Gewalt (u.a. Selbstverletzendes Verhalten), (Cyber-)Mobbing, Diskriminierung, Teilstichprobe n=475 SDQ Fragebogen

Anmerkung: M=Mittelwert

* keine Altersangabe

** keine Auswertung

Quelle: Kanton Basel-Stadt: Guggisberg et al. (2007), Hollosi et al. (2010), Pegoraro et al. (2012), Medizinische Dienste. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2012); Stadt Bern: Tschumper, A. (2014), Tschumper, A. (2016); Kanton Obwalden: Schulgesundheitsdienst Obwalden (2013); Stadt Zürich: Pini Züger, F. I. (2008), Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich (2013) © Obsan 2017

Im Kanton Basel-Stadt wurden 2007/08 1267 Eltern von Kindergartenkindern (Altersdurchschnitt der Kinder 5,3 Jahre) und 1296 Eltern von Primarschulkindern (Altersdurchschnitt 9 Jahre) zur allgemeinen Gesundheit der Kinder befragt (Hollosi, Steffen, Ledergerber, Schenk, & Team Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt, 2010). Gemäss der Befragung litten 6% der Kindergartenkinder häufig an Bauchschmerzen, 3% häufig an Konzentrationsschwierigkeiten, 2% häufig an Kopfschmerzen und Schlafstörungen und 1% häufig an Traurigkeit. Für Primarschulkinder gaben 12% der Eltern Konzentrationsschwierigkeiten als

häufige Beschwerde an, 10% Bauchweh und 9% Kopfschmerzen. 4% der Kindergartenkinder und 6% der Primarschulkinder nahmen Medikamente ein.

Die Befragung im Schuljahr 2013/14 im Kanton Basel-Stadt umfasste 1093 Jugendliche mit einem Durchschnittsalter von 15,4 Jahren (Medizinische Dienste, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2015). Aus dieser Erhebung ging hervor, dass 88% der Jugendlichen ihre allgemeine Gesundheit als gut bis sehr gut beurteilten. Stress war für viele der Befragten ein wichtiges Thema. 48% gaben an, dass Stress die häufigste psychische Belastung für sie sei, gefolgt von Schlafproblemen (21%), Ängsten (12%), Depressivität (7%) und Einsamkeit (6%). Mädchen waren häufiger belastet als Jungen.

Auch in der Stadt Bern wurden im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen im Schuljahr 2012/2013 Daten von Kindergarten- und Primarschulkindern erhoben (Tschumper, 2014). Die Ergebnisse werden im Kapitel 4.1.2, Studien zu psychischen Auffälligkeiten, zusammengefasst, da sie Prävalenzzahlen zu psychischen Auffälligkeiten beschreiben. Die schulärztlichen Untersuchungen der Schuljahre 2013/14 bis 2015/16 der Stadt Berner Jugendlichen zeigten deutlich mehr Mädchen als Jungen mit mässigem bis schlechtem psychischen Befinden (16% bzw. 9%) und häufig belastendem Stress (11% bzw. 5%) (Tschumper, 2016). Das psychische Befinden war umso schlechter, je tiefer der Bildungsstand der Eltern war.

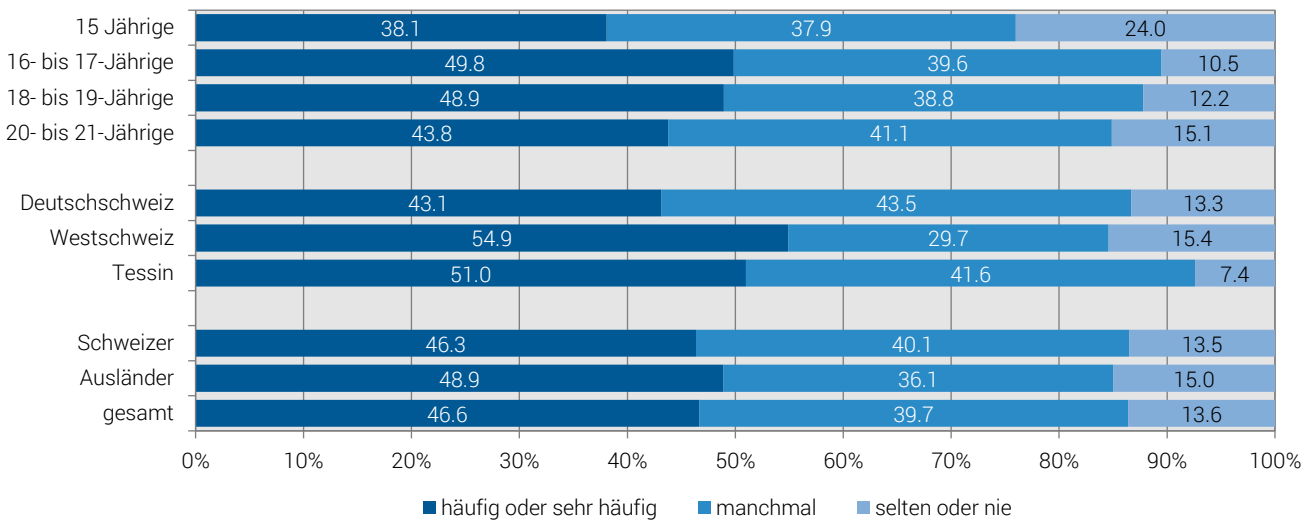
Bei der Schulgesundheitsbefragung im Schuljahr 2012/13 in Zürich mussten Jugendliche ihre eigene Gesundheit beurteilen: 19 von 20 Jugendlichen gaben dabei an, über einen guten bis ausgezeichneten Gesundheitszustand zu verfügen (Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2013). Des Weiteren zeigte sich seit der ersten Befragung im Schuljahr 2007/08 eine leichte Zunahme der Jugendlichen, die mittel bis sehr zufrieden mit ihrem Leben waren: von 91% (2007/08) auf 94% (2012/13). In dieser Befragung wurde auch Depressivität sowie Ängstlichkeit und psychische Auffälligkeit bei einer Teilstichprobe erhoben. Die Angaben dazu sind im Kapitel 4.1.2, Studien zu psychischen Auffälligkeiten, zu finden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass für Jugendliche in den Schuljahren 8 und 9 regionale repräsentative Befragungen zum allgemeinen Gesundheitszustand inklusive einiger Informationen zur psychischen Gesundheit vorliegen. Für Kindergartenkinder und Primarschulkinder liegen einmalige repräsentative Erhebungen im Kanton Basel-Stadt und der Stadt Bern vor. Die zwei Erhebungen der Stadt Zürich zeigen Veränderungen im Gesundheitsverhalten über die Zeit auf, da sie aufeinander aufgebaut sind. Die Erhebungen im Kanton Obwalden sind weniger systematisch durchgeführt und ausgewertet worden. Inhaltlich lassen sich die Gesundheitsbefragungen nur vereinzelt themenspezifisch zusammenfassen oder vergleichen. Mehrere Kantone erfassten zwar Daten zum Substanz- und Medienkonsum, Stress, Beschwerden oder psychische Befindlichkeit. Die Ergebnisse lassen sich aber mit den verfügbaren Berichten nicht vergleichen, da mit unterschiedlichen Instrumenten gearbeitet wurde oder nur vereinzelt Fragebogen verfügbar und damit vergleichbar sind. Beim Stressempfinden ist aber zu erkennen, dass in den Befragungen in den Städten Bern und Basel und im Kanton Obwalden jeweils mehr Mädchen an Stress leiden, bzw. sich gestresst fühlen, als gleichaltrige Jungen. Auch zeigen die Resultate der verschiedenen Befragungen (z.B. Schulbefragungen Stadt Zürich 2007/08, 2012/13, Basel-Stadt 2006, 2012) einheitlich, dass Mädchen häufiger als Jungen unter Bauch- und Kopfschmerzen leiden, die bei Kindern oft ein Ausdruck von psychischer Not sowie internalisierenden psychischen Symptomen (Ängstlichkeit, Depressivität) sind.

4.2.3 Stress und Leistungsdruck bei 15- bis 21-Jährigen

Stress und Leistungsdruck bei 15- bis 21-Jährigen war Thema der vierten *Juvenir-Studie*. Seit 2012 führt die Jacobs Foundation alle ein bis zwei Jahre die Studienreihe *Juvenir* durch. Die repräsentativen Befragungen der Jugendlichen in der Schweiz werden mit Hilfe einer geschichteten Stichprobe in den drei grossen Sprachregionen durchgeführt. Die jeweiligen Themen können Jugendliche selber in einem Online-Voting mitbestimmen. In den ersten drei Wellen wurden die Themen öffentlicher Raum, Berufswahl und Finanzen bearbeitet. In der vierten Welle wurde das Thema Stress und Leistungsdruck gewählt. 1538 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 21 Jahren haben bei der Online-Befragung mitgemacht (*Juvenir-Studie* 4.0, 2015). Laut der Studie ist rund die Hälfte der Jugendlichen, nämlich 46%, häufig bis sehr häufig gestresst. Die Abbildung G 4.5 zeigt diesen Befund im Detail: Mit 15 Jahren waren Jugendliche im Vergleich am wenigsten gestresst. Im Alter von 16 bis 17 Jahren war die Stressbelastung am höchsten, im Alter von 18 bis 19 Jahren war sie leicht rückläufig und schliesslich im Alter von 20 bis 21 Jahren deutlich geringer. Unterschiede gab es auch zwischen Mädchen und Jungen: 56% der Mädchen gegenüber 37% der Jungen waren häufig oder sehr häufig gestresst. Weitere Informationen zu Unterschieden nach Sprachregion, Nationalität und Tätigkeit sind ebenfalls in der Abbildung zu finden.

G 4.5 Juvenir 4.0: «Ganz allgemein: Wie häufig haben Sie das Gefühl, übermässig gestresst oder überfordert zu sein?»



Quelle: Juvenir-Studie 4.0, 2015

© Obsan 2017

Die Studie zeigte auch, dass sich häufig empfundener Stress und Leistungsdruck negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Auch antworteten 5,7% der 15-Jährigen, 8,6% der 16-Jährigen und 6,7% der 17-Jährigen auf die Frage, ob sie Medikamente nehmen, um sich besser zu entspannen oder sich besser konzentrieren zu können, dass dies *voll und ganz* bzw. *eher* zutrefte.

4.2.4 Die Lebensqualität von Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen

Eine Arbeitsgruppe des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (heute: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention) hat 2007/2008 Erhebungen zu Children with Special Health Care Needs (CSHCN) durchgeführt. Die Studie verglich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen, welche psychiatrische Behandlung benötigten, mit Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen ohne psychiatrische Behandlung sowie mit gesunden Kindern (ohne spezielle Versorgungsbedürfnisse) (Mohler-Kuo & Dey, 2011). Dazu wurden im Kanton Zürich 2586 Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren und ihre Eltern nach dem ersten Screening weiter befragt. Von diesen waren rund 18% Kinder mit speziellen Versorgungsbedürfnissen, 6,2% benötigten psychiatrische Behandlung. Kinder, welche psychiatrische Behandlung benötigten, hatten verglichen mit den zwei anderen untersuchten Gruppen die niedrigste gesundheitsbezogene Lebensqualität und den höchsten Wert bei Verhaltensauffälligkeiten.

Die Nachfolgestudie wurde 2010/2011 schweizweit durchgeführt (*National Survey of Children with Special Health Care Needs in Switzerland*; Dey, Mohler-Kuo & Landolt, 2012). 10'830 Kinder wurden gescreent. Davon hatten 1492 spezielle Versorgungsbedürfnisse, knapp 14% der 10- bis 14-jährigen in der Schweiz lebenden Kinder. Davon hatten 919 Kinder psychische Probleme, also 8,5% aller gescreenten Kinder. Weitere Analysen zeigten z.B., dass die Symptomschwere am stärksten die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflusst (Dey et al., 2012).

4.2.5 Fazit

Das allgemeine psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit werden über die von der WHO initiierten HBSC-Studien gut abgedeckt. Die alle vier Jahre wiederholten und in verschiedenen Ländern durchgeführten Befragungen erlauben somit, die Zahlen aus der Schweiz mit anderen Ländern zu vergleichen und Veränderungen über die Jahre zu beobachten. Es stehen zwar Daten zur Verfügung, die kantonale Vergleiche erlauben, aber es sind keine entsprechenden Berichte vorhanden. Auch Vergleiche zwischen Stadt und Land wären prinzipiell möglich, waren aber nicht zu finden. Schulgesundheitsbefragungen, die einige Kantone durchführen, enthalten ebenfalls Fragen zur Lebenszufriedenheit und dem Wohlbefinden. Diese Erhebungen bieten den Kantonen Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. Stress war auch das Thema der letzten Juvenir-Studie, die Jugendliche ab 15 Jahren einschliesst. Das Besondere an dieser Studie ist, dass Jugendliche von Anfang an, also schon bei der Themenfestlegung, eingeschlossen werden. Die CSHCN-Studien schliesslich fokussieren auf die Konsequenzen von z.B. psychischen Störungen für die Lebensqualität.

4.3 Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Unter der Überschrift Risikofaktoren werden im Folgenden Studien zusammengefasst, die der analytischen Epidemiologie zuzuordnen sind. Es geht um mögliche Ursachen von psychischen Krankheiten und nicht um Prävalenzen. Einschränkend ist zu vermerken, dass keine der aufgeführten Studien eine Längsschnittstudie ist und somit ausschliesslich Zusammenhänge zwischen möglichen Risikofaktoren und psychischen Krankheiten untersucht werden konnten. Im ersten Kapitel sind Studien mit Kindern und Jugendlichen in Belastungssituationen dargestellt. Die beiden Kapitel Konsum psychoaktiver Substanzen und Mediennutzung sind auch dem Thema Risikofaktoren zugeordnet, da keine der referierten Studien Diagnosen von Suchterkrankungen benutzte. Weitere Themen sind Essen und Körperbild sowie Religion.

4.3.1 Kinder und Jugendliche in Belastungssituationen

Basierend auf der nationalen HBSC-Erhebung von 2010 befasste sich eine Veröffentlichung mit den Vulnerabilitätsfaktoren für Risikoverhalten im Jugendalter (Archimi & Delgrande Jordan, 2014). Die Autoren zeigten, dass gewisse individuelle oder soziale Charakteristika, so wie z.B. körperliche oder psychische Symptome oder die wahrgenommene elterliche Kontrolle, mit einem oder mehreren Risikoverhaltensweisen wie dem Konsum psychoaktiver Substanzen oder aggressivem Verhalten in der Schule korrelieren. Sie bildeten aufgrund verschiedener individueller, familiärer und schulischer Indikatoren einen kumulativen Vulnerabilitätsfaktor und zeigten, dass bei den 11- bis 15-Jährigen ca. 7% als besonders vulnerabel eingeschätzt werden können. Das entspricht in etwa 30'000 Jugendlichen in der Schweiz. Diese Jugendlichen sind im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen einem grösseren Risiko ausgesetzt, risikoreiche Verhaltensweisen auszuprobieren und evtl. zu übernehmen. So ist die Wahrscheinlichkeit bei 14- bis 15-Jährigen dieser Gruppe von Jugendlichen zwei bis vier Mal höher, psychoaktive Substanzen zu konsumieren und bis zu sieben Mal höher, risikoreiches Sexualverhalten, aggressives Verhalten in der Schule oder Ernährungsstörungen zeigen.

In einer Studie, die am CHUV in Lausanne durchgeführt wurde, ging es um das Risiko von psychischen Störungen bei 124 Kindern (Alter 6 bis 17 Jahre), bei denen ein Elternteil alkohol- oder heroinabhängig war (Vidal et al., 2012). Die Kontrollgruppe umfasste 152 Kinder von Eltern mit orthopädischen Beeinträchtigungen. Dabei zeigte sich z.B., dass Kinder der heroinabhängigen Eltern signifikant mehr ADHS-Diagnosen sowie Cannabis- und Alkoholmissbrauch (bis zur Abhängigkeit) aufwiesen als die Kinder der Kontrollgruppe.

In einer Studie der FHNW wurden 27 Kinder mit mindestens einem krebserkrankten Elternteil und 80 Kinder ohne krebserkrankten Elternteil als Kontrollgruppe über ein Jahr und mehrere Messzeitpunkte hinweg daraufhin untersucht, ob und welche Auswirkungen der Krankheit auf das Erleben und Verhalten der Kinder und auf das Familiensystem zu beobachten sind (Nieuwenboom, 2009). Rekrutiert wurde am Kantonsspital Aargau. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass eine Krebserkrankung bei einem Elternteil, ungeachtet deren Schweregrad, nicht zwingend zu Problemen bei den Kindern führte.

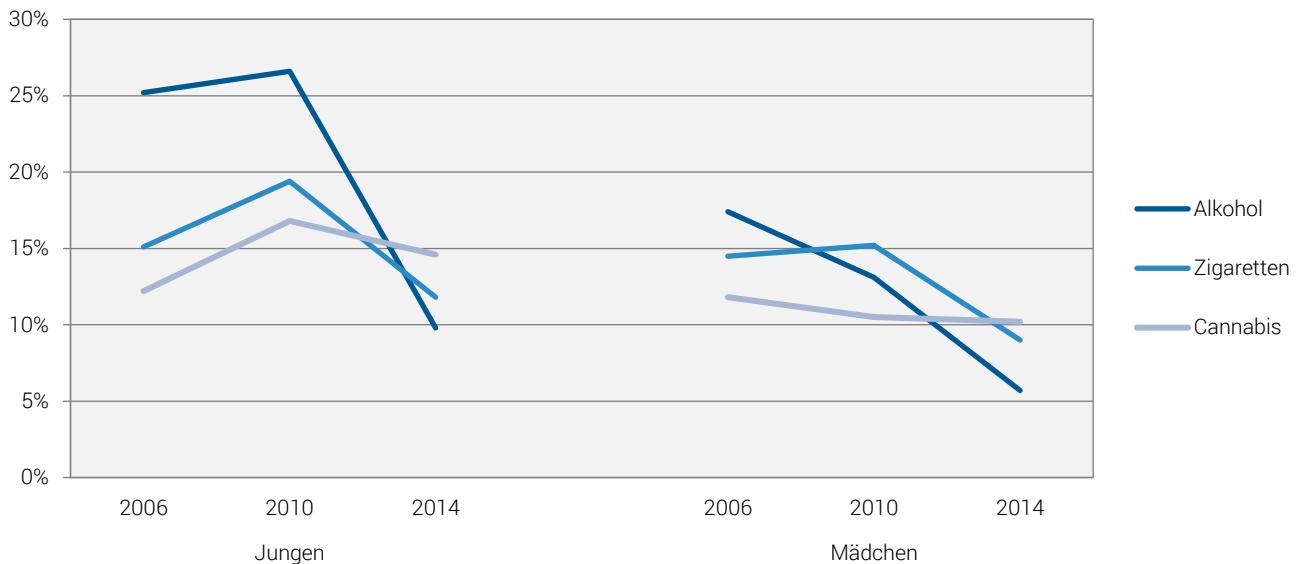
Um Risikosymptomatik schizophrener Erkrankungen ging es im Früherkennungsprojekt der ZInEP-Studie (Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie) (Gerstenberg et al., 2016). 175 Personen mit mindestens einem Risikosymptom für Schizophrenie wurden untersucht. Die 66 Adoleszenten wurden mit den 52 jungen Erwachsenen und den 57 Erwachsenen verglichen. Wie erwartet, zeigten Adoleszente mehr subklinische psychotische Symptome als die älteren Altersgruppen, also z.B. Entfremdungserleben, Halluzinationen etc.

4.3.2 Konsum psychoaktiver Substanzen

Die HBSC-Studien erfassen den Konsum psychoaktiver Substanzen bei 11- bis 15-Jährigen ausführlich. Es liegen Daten seit 1986 vor, was die Beobachtung des Substanzkonsums bei Jugendlichen über die Zeit im Sinne eines epidemiologischen Monitorings ermöglicht. 2014 wurden 9894 Schweizer Schülerinnen und Schüler befragt (Marmet et al., 2015). Bei den 11-jährigen Jungen gaben 5,3% und bei den 11-jährigen Mädchen 3,6% an, in ihrem Leben schon einmal eine Zigarette geraucht zu haben, bei den 15-Jährigen waren es 37,5% der Jungen und 35% der Mädchen. Bei den 11-Jährigen haben 20% der Jungen und 10% der Mädchen bereits einmal Alkohol konsumiert. Dieser Anteil stieg über die Altersgruppen kontinuierlich an, bei den Jugendlichen im Alter von 15 Jahren hatten über zwei Drittel bereits einmal Alkohol konsumiert. In Bezug auf den Cannabiskonsum, der nur bei den älteren Studienteilnehmenden erhoben wurde, zeigte sich, dass 30,1% der 15-jährigen Jungen und 19,2% der gleichaltrigen Mädchen bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten, wobei 14,5% der Jungen und

10,2% der Mädchen angaben, dies sei in den letzten 30 Tagen der Fall gewesen. Der Konsum anderer psychoaktiver Substanzen (Medikamente, Kokain, Ecstasy, halluzinogene Pilze, Amphetamine, LSD, Heroin) scheint relativ wenig verbreitet. Die am häufigsten genannte Substanzgruppe waren Medikamente mit 3%. Für den Zeitraum 2006 bis 2014 lässt sich gesamthaft ein Rückgang des regelmässigen Konsums von Alkohol und Zigaretten bei den 15-Jährigen erkennen. Abbildung G 4.6 zeigt die Entwicklung des Konsums von Zigaretten (aktuell mindestens wöchentlich), Alkohol (aktuell mindestens wöchentlich) und Cannabis (mindestens einmal in den letzten 30 Tagen) bei 15-Jährigen, nach Geschlecht und den Untersuchungsjahren 2006, 2010 und 2014 (adaptiert nach Marmet, et al., 2015).

G 4.6 Alkohol-, Zigaretten- und Cannabiskonsum bei 15-Jährigen, HBSC



Anmerkungen: Zigarettenkonsum: «aktuell mindestens wöchentlich», Alkoholkonsum: «aktuell mindestens wöchentlich» und Cannabiskonsum: «mindestens einmal in den letzten 30 Tagen»

Quelle: HBSC 2006, 2010, 2014, adaptiert nach Marmet et al., 2015

© Obsan 2017

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD; Datenerhebung 2007, vorher bereits 2003) wurde in der Schweiz von der damaligen Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), heute Sucht Schweiz, durchgeführt. In der gesamteuropäischen Studie werden in 35 bis 40 Ländern regelmässig Schülerinnen und Schüler befragt. Dies erlaubt Vergleiche des Drogenkonsums Jugendlicher verschiedener Länder Europas. Bei den letzten Erhebungen 2011 und 2015 war die Schweiz allerdings nicht mehr beteiligt. Im Jahr 2007 wurden in der Schweiz in einer repräsentativen Erhebung 7281 Jugendliche von 14 bis 16 Jahren (8. bis 10. Klasse) befragt (Hibell et al., 2009). Die Vergleiche der Prozentzahlen zum Konsum der Schweizer Jugendlichen mit dem Konsum Jugendlicher anderer europäischer Länder sind in der Tabelle T 4.5 zu finden. Die Resultate zeigen, dass die Schweizer Jugendlichen vor allem einen hohen Cannabiskonsum zeigten im Vergleich zu anderen Ländern.

T 4.5 Konsum psychoaktiver Substanzen bei 14- bis 16-jährigen Jugendlichen (in %); Ländervergleich

	Zigaretten (letzte 30 Tage)	Alkohol (letzte 12 Monate)	Cannabis (Lebenszeit)	alle anderen illegalen Drogen* (Lebenszeit)
Armenien	7	66	3	2
Belgien (Flandern)	23	83	24	9
Bulgarien	40	83	22	9
Deutschland (7 Bundesländer)	33	91	20	8
Estland	29	87	26	9
Färöer Inseln	33	--	6	1
Finnland	30	77	8	3
Frankreich	30	81	31	11
Griechenland	22	87	6	5
Grossbritannien	22	88	29	9
Irland	23	78	20	10
Island	16	56	9	5
Insel Man	24	93	34	16
Italien	37	81	23	9
Kroatien	38	84	18	4
Lettland	41	89	18	11
Litauen	34	87	18	7
Malta	26	87	13	9
Monaco	25	87	28	10
Niederlande	30	84	28	7
Norwegen	19	66	6	3
Österreich	45	92	17	11
Polen	21	78	16	7
Portugal	19	79	13	6
Rumänien	25	74	4	3
Russland	35	77	19	5
Slowenien	29	87	22	8
Slowakei	37	88	32	9
Schweden	21	71	7	4
Schweiz	29	85	33	7
Tschechische Republik	41	93	45	9
Ukraine	31	83	14	4
Ungarn	33	84	13	7
Zypern	23	79	5	5
Durchschnitt	29	82	19	7

* inkl. Ecstasy, Amphetamin, LSD, Halluzinogen, Crack, Kokain, Heroin

** um «high» zu werden, ausser Zypern («um anders zu fühlen») und Rumänien («um besser zu fühlen»)

Quelle: Hibell et al. (2009)

© Obsan 2017

Schliesslich gibt es verschiedene kleinere Studien, die durchaus interessante Einblicke in bestimmte Personengruppen erlauben. In einer Studie mit 50 Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren, die in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren, konnten Holzer et al. (2014) zeigen, dass Urinproben keine zusätzlichen Informationen zu den Angaben der Jugendlichen und Eltern zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen ergaben. Damman et al. (2014) erhoben bei 173 Gymnasialschülerinnen und -

schülern im Alter von 16 bis 18 Jahren den Cannabiskonsum und ihre Einstellung dazu. Zum Beispiel gaben knapp 60% der Befragten an, schon Cannabis konsumiert zu haben. Davon gaben rund 7% an, dass der Cannabiskonsum kein Risiko für die psychische Gesundheit sei und knapp 10% sahen kein Problem in Bezug auf das Autofahren unter Cannabiseinfluss.

In einer Abschlussarbeit an der Universität Lausanne wurden 341 14- bis 19-jährige Teilnehmende von sog. Brückenangeboten (Angebote für Jugendliche, die keine Lehrstelle finden) zu ihrem Alkoholkonsum befragt (Ballif, 2015). Dabei zeigte sich, dass die befragten Jugendlichen nicht als Folge des Stresses trinken, sondern aus sozialen Gründen sowie zur Leistungssteigerung.

4.3.3 Mediennutzung

Die Mediennutzung ist das vielleicht am besten untersuchte (Problem-)Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Vor allem in Bezug auf die Nutzung der sozialen Medien wird dieses als Risikofaktor für psychische Beeinträchtigungen diskutiert. Direkte Zusammenhänge zwischen der Mediennutzung und psychischen Auffälligkeiten oder Daten zur Mediensucht liegen allerdings kaum vor. Erhoben wird das Medienverhalten – insbesondere problematische Aspekte davon – beispielsweise durch die alle zwei Jahre schweizweit durchgeführten James- und Mike-Studien. Sie werden durch das medienpsychologische Team der ZHAW durchgeführt. Jedes Jahr nehmen über 1100 Schülerinnen und Schüler der drei grossen Sprachregionen teil. 2016 wurden in der James-Studie zum vierten Mal 12- bis 19-Jährige befragt (Waller et al., 2016). In Bezug auf Cybergrooming¹⁶ gaben 25% der befragten Schweizer Jugendlichen an, bereits einmal von einer fremden Person mit unerwünschten sexuellen Absichten angesprochen worden zu sein. Mädchen waren davon häufiger betroffen, nämlich zu 24% im Unterschied zu 17% bei den Jungen.

Die gleiche Arbeitsgruppe hat 2015 in der Mike-Studie eine repräsentative Stichprobe der drei grossen Sprachregionen von 1065 Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren zu ihrem Mediennutzungsverhalten befragt (Suter et al., 2015). In Bezug auf negative und positive Erfahrungen mit Medieninhalten zeigt die Studie, dass die meisten Eltern befürchten, ihr Kind könnte mit ungeeigneten Medieninhalten wie Pornografie oder Gewaltdarstellungen konfrontiert oder über die sozialen Medien von Fremden kontaktiert werden. Tatsächlich berichten 9% der Kinder im Primarschulalter, dass sie sich schon mindestens einmal online belästigt gefühlt haben. Auch negative Erfahrungen mit Fernseh- und Internetinhalten werden berichtet, wobei diejenigen mit Fernsehinhalten viel häufiger sind. 29% der Kinder sind im Internet schon auf Dinge gestossen, die ihnen Angst gemacht haben, im Fernsehen sind es 60%. 32% der Kinder haben online Inhalte gesehen, die ihnen unangenehm waren, im Fernsehen sind es 46%. Und schliesslich sind 48% der Kinder im Internet schon auf Sachen gestossen, die sie als für Kinder als ungeeignet halten; hier ist der Vergleichswert aus dem Fernsehkonsum 64%.

In einer kleineren Arbeit der Arbeitsgruppe wurde schliesslich die Häufigkeit und die Folgen von Cyberbullying untersucht (Auer & Zäch, 2011). Dabei gaben 30% der 400 befragten Jugendlichen der Stadt Zürich an, im Internet-Chat schon mindestens einmal sexuell belästigt worden zu sein; dies wurde von Mädchen fast doppelt so oft berichtet wie von Jungen. Dazu sind auch die Ergebnisse der HBSC-Studie von 2014, die in einer Broschüre knapp zusammengefasst werden, von Interesse (Sucht Schweiz, 2015) Die Studie stellte den 13- bis 15-jährigen Jugendlichen (Jüngere wurden nicht befragt, keine Angaben zur Anzahl der Jugendlichen) Fragen zum Erleben von Schikane im Internet. Knapp 10% der Jugendlichen gaben an, in den letzten paar Monaten schon über SMS oder Internet geplagt oder schikaniert worden zu sein. Weiter wurde gefragt, ob die Jugendlichen mittels online gestellter Fotos geplagt oder schikaniert wurden. Hier haben rund 4% der Jugendlichen geantwortet, dass dies in den letzten Monaten ein bis zwei Mal vorgekommen ist, bei rund 1% der Jugendlichen war es häufiger.

Eine Arbeitsgruppe des CHUV hat die Internetnutzung und mögliche Zusammenhänge mit verschiedenen Faktoren (wie z.B. damit einhergehendes Gesundheitsverhalten) von 3067 Schülerinnen und Schülern im Kanton Waadt erhoben (Suris et al., 2012). Dabei wurde auch ein Internet-Addiction-Test verwendet. Mit Hilfe der Testergebnisse teilten sie die Befragten in reguläre und problematische (das heisst mittelgradiger bis schwerer Internetgebrauch) Internetnutzende ein. Für 12% der Befragten resultierte ein problematischer Internetgebrauch). Doppelt so viele problematische Nutzer konsumierten Alkohol und Tabak sowie Cannabis, bei illegalen Drogen war die Prävalenz gar viermal grösser als bei unproblematischen Nutzern.

¹⁶ Unter Cybergrooming versteht man das gezielte Ansprechen von Personen im Internet und zwar mit dem Ziel, einen sexuellen Kontakt anzubahnen.

4.3.4 Essen/Körperbild und psychische Gesundheit

Bei einer Befragung von 371 Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren aus der Deutschschweiz (Kantone Basel-Stadt, Thurgau, Zürich) zum Zusammenhang zwischen Körperbild und psychischem Zustand zeigte sich, dass sich über die Hälfte der Jugendlichen gut von unrealistischen Körperidealen abgrenzen konnten (Schär et al., 2015). Allerdings zeigte sich auch, dass ein negatives Körperbild positiv mit psychischen Symptomen und negativ mit psychischem Wohlbefinden zusammenhängt. Vor diesem Hintergrund wird auch die Auswertung von HBSC-Daten über das Körpergewicht für die psychische Gesundheit relevant: Der HBSC erfragt, ob Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren denken, sie hätten ein ungefähr richtiges Gewicht. Auswertungen aus den Kantonen Nidwalden, Obwalden und Uri (n=1316) zeigten z.B., dass 33,6% der Jungen und 39,8% der Mädchen im Alter von 11 Jahren sowie 41,9% der Jungen und 43,8% der Mädchen im Alter von 15 Jahren denken, bei ihnen sei dies nicht der Fall, d.h. sie sind der Meinung sie seien zu dünn oder zu dick (Kretschmann et al., 2015b). Die Schulgesundheitsbefragung der Stadt Zürich von 2013 eruierte, dass 40% der weiblichen Befragten sich zu dick fanden, obschon sie aufgrund ihres Body-Mass-Index normal- oder sogar untergewichtig waren (Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2013).

4.3.5 Religion und psychische Gesundheit

In der Studie *The VROID-MHAP-Study: Values, Religious Orientations, Identity Development and Mental Health – Adolescents' Perspectives*, an der auch die theologische Fakultät der Universität Bern beteiligt war, wurde unter anderem untersucht, wie psychische Gesundheit und Religionszugehörigkeit zusammenhängt (Morgenthaler et al., 2010). Rund 750 Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren aus der Deutschschweiz (Schwerpunkte: Regionen Zürich und Bern; städtische und ländliche Gebiete) wurden zu Wertorientierungen und Religiosität befragt. Dabei konnten die Autoren zeigen, dass Religiosität sowohl mit prosozialem Verhalten als auch mit emotionalen und sozialen Problemen zusammenhängt. Religiöse Jugendliche scheinen also mehr von emotionalen Problemen wie Angst, Depression usw. zu berichten. Andererseits kümmern sie sich stärker um ihre Mitmenschen. Religiöse Jugendliche geben auch häufiger an, Probleme mit Gleichaltrigen zu haben als nicht-religiöse Jugendliche. Da es sich um eine Querschnittstudie handelt, ist die Wirkrichtung allerdings nicht eindeutig.

4.3.6 Fazit

Von 2006 bis 2016 wurden kaum Studien durchgeführt, die sich mit Risikofaktoren psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter befassen. Basierend auf der HBSC-Studie von 2010 wurden Vulnerabilitätsfaktoren für Risikoverhalten im Jugendalter aufgezeigt. Weiter wurde in je einer Studie untersucht, welche Auswirkung Alkohol- oder Heroinkonsum der Eltern auf die Entwicklung psychischer Störungen ihrer Kinder hat bzw. ob Kinder mit einem krebserkrankten Elternteil mehr Probleme haben. Auch wird vielfach der Konsum psychoaktiver Substanzen und der Medienkonsum als Risikofaktor für psychische Erkrankungen beurteilt. Der Konsum psychoaktiver Substanzen wurde z.B. in einem alle vier Jahre erfolgenden regelmässigen Monitoring bei den 13- bis 15-Jährigen durch die HBSC-Studie verfolgt. Die ESPAD-Studie – ebenfalls eine Studienreihe, an der aber die Schweiz 2007 zum letzten Mal beteiligt war – publizierte Vergleiche mit europäischen Ländern. Auch die Mediennutzung ist Teil der HBSC-Befragung. Von der letzten Erhebung im Jahr 2014 ist allerdings auf der HBSC-Webseite keine wissenschaftliche Publikation zu finden, sondern nur eine an eine jugendliche Leserschaft gerichtete Broschüre. Die James- und Mike-Studien zum Medienkonsum sind ausführlicher und können mit den 2015 (Mike-Studie) und 2016 (James-Studie) durchgeführten Erhebungen aktuellere Ergebnisse vorweisen.

4.4 Aktuell laufende Studien

Abschliessend werden aktuell laufende Studien vorgestellt, die im Rahmen dieses Mandats relevant erscheinen, zu denen aber bis Ende 2016 keine Publikationen von Ergebnissen vorlagen. Von diesen Studien sind in nächster Zeit Publikationen zu erwarten.

4.4.1 The Swiss Preschoolers' health study (SPLASHY)

Die Multicenterstudie SPLASHY (<http://splashy.ch>) mit Forschungsteams aus Lausanne, Fribourg, Kinderspital Zürich und der Universität Zürich hat zum Ziel, die Rolle von Stress und physischer Aktivität auf die psychologische und körperliche Entwicklung bei 2- bis 6-jährigen Kindern zu untersuchen. Gemessen werden die physische Aktivität, das Temperament, das

Problemverhalten, die kognitive Entwicklung, die Schlaf- und Spieldauer sowie soziale und kulturelle Variablen. Seit Projektstart 2014 konnten in 84 Kindertagesstätten 476 Kinder rekrutiert werden. Erste Ergebnisse sind für 2017 zu erwarten.

4.4.2 Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)

Bei der S-YESMH-Studie (<http://www.research-projects.uzh.ch/p21643.htm>) handelt es sich um die längsschnittliche Weiterführung der CSHCN-Studie. Die Erhebungen finden von 2016 bis 2018 statt. In die Befragung eingeschlossen werden diejenigen 8863 Jugendlichen, die bereits an der CSHCN-Studie von 2010 teilgenommen haben. Sie sollen bei der aktuellen Befragung 16 bis 20 Jahre alt sein. Diese Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen werden ein weiteres Mal kontaktiert und mit einer Kombination aus einer Online-Umfrage, einem computerunterstützten Telefoninterview und einem Papierfragebogen befragt. Ziel der Studie ist die Einschätzung der Prävalenzen der bedeutendsten psychischen Störungen bei Jugendlichen in der Schweiz. Weiter interessiert das Alter bei Ausbruch einer Störung, die Häufigkeit der unbehandelten Krankheitsfälle und Unterschiede dabei in Bezug auf geographische und sozio-demographische Charakteristiken, Schutz- und Risikofaktoren und der Vergleich der Daten im Längsschnitt, also mit den CSHCN-Daten der früheren Wellen. Erste Ergebnisse sind frühestens für 2018 zu erwarten.

4.4.3 Zürcher Längsschnitt- und Familienstudie (ZüLFS bzw. ZInEP TP9)

Als Teilprojekt von ZInEP sollen erneut die Teilnehmenden der ZESCAP- bzw. ZAPPS-Studie befragt werden. Dabei sind auch die Kinder der Studienteilnehmenden im Fokus. Neben den Veränderungen und Gemeinsamkeiten zwischen den ursprünglich Befragten und ihren Kindern im Generationenvergleich sollen Schutz- und Risikofaktoren für die seelische Entwicklung untersucht werden. Projektstart war 2014 und damit 20 Jahre nach der Ersterhebung. Bis März 2017 konnte von 247 ehemaligen Teilnehmenden die Einwilligung zur Teilnahme eingeholt werden. Weitere werden angefragt. Erste Ergebnisse zeigen, dass die 244 bereits Befragten 32 bis 39 Jahre alt sind, 56% sind weiblich, 54% haben mindestens ein Kind; 52% wohnen zusammen mit Partnerin bzw. Partner und Kindern.¹⁷

4.4.4 Binational Evaluation of At-Risk Symptoms in Children and Adolescents (BEARS-Kid-Studie)

Ziel der BEARS-Kid-Studie mit Projektstart im Jahr 2015 ist die Früherkennung von Psychosen im Kindes- und Jugendalter. Untersucht wird dies mit einer vergleichenden Studie zu den Risikokriterien. Das primäre Ziel der Studie ist die Validierung von Instrumenten für das Kindes- und Jugendalter, da bisher die Diagnose-Instrumente primär auf Erwachsenen ausgerichtet sind. Obwohl es sich also nicht primär um eine epidemiologische Fragestellung handelt, sind Erkenntnisse in Bezug auf die Prävalenz psychotischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten. Es werden Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 17 Jahren in die Studie eingeschlossen. Es erfolgt ein Vergleich von drei Gruppen: Eine Gruppe mit bereits vorhandener psychotischer Symptomatik, eine zweite Gruppe, bei der mindestens ein Risikokriterium für Schizophrenie vorhanden sein soll (aber keine Diagnose einer Psychose) und eine dritte Gruppe, in welche Patientinnen und Patienten mit Diagnosen mit erhöhten Prävalenzraten für Psychose eingeschlossen werden (ADHS, Essstörung, Asperger, Zwangsstörung, spezifische oder soziale Phobie), wobei auch bei dieser Gruppe eine Lebenszeitdiagnose einer Psychose Ausschlusskriterium ist.

¹⁷ www.kjpd.uzh.ch → klinische Forschung → Entwicklungspsychopathologie → Aktuelle Projekte → Erster Zwischenbericht vom März 2017 (Zugriff am 15. Mai 2017)

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war, die verfügbare empirische Literatur zur psychischen Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz mit Fokus auf Versorgungslage, Inanspruchnahme und Epidemiologie zusammenzutragen, und zwar für die Jahre 2006 bis 2016. Dabei wurde auch sogenannte graue Literatur einbezogen. Damit flossen neben den in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publizierten Studien beispielsweise auch Jahresberichte von Kliniken sowie Informationen von Fachstellen und Verbänden in diesen Bericht ein. Obwohl auch die graue Literatur strukturiert gesucht wurde, ist nicht auszuschliessen, dass es Studien oder Berichte gibt, die mit diesem Suchverfahren nicht erfasst wurden.

Die ermittelten Informationen zu Versorgung und Inanspruchnahme sollten nach den Sektoren stationär, intermediär und ambulant gruppiert werden und nach Möglichkeit sollten auch im Bereich der Epidemiologie zeitliche Entwicklungen, regionale und/oder soziodemographische Muster abgebildet werden. Weder im Bereich der Versorgung/Inanspruchnahme noch in der Epidemiologie reichte die Datenlage aus, eine solche Gruppierung durchzuführen oder Entwicklungen und Muster darzustellen. Deshalb wird hier viel grundlegender diskutiert, welche empirischen Daten überhaupt vorhanden sind und welche fehlen und wie man die Situation verbessern könnte.

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und Inanspruchnahme

Gegenwärtig ist es nicht möglich, anhand der bestehenden Daten ein vollständiges Bild der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz zu zeichnen, ganz zu schweigen von einer Aufteilung nach Altersgruppen oder nach Kantonen bzw. Regionen, um z.B. einen Vergleich zwischen Stadt und Land zu machen. Lediglich für die stationäre psychiatrische Versorgung besteht mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS eine vollständige Datenerhebung. Zu diesen Daten gab es wenige publizierte Informationen auf der Webseite des BFS (Bundesamt für Statistik 2014a, 2016). Ausserdem fanden sich Angaben darüber in Publikationen oder auf der Webseite des ANQ: Zusammen mit den Qualitätsdaten des ANQ wurden Basisangaben wie Alter, Geschlecht, Diagnose, Eintrittsort usw. ausgewertet und publiziert. Während auf der Webseite des BFS Ergebnisse jeweils nur für die ganze Schweiz angegeben wurden, waren bei ANQ individuelle Angaben für jede der teilnehmenden Kliniken zu finden.

Für die ambulante institutionelle Versorgung existiert keine schweizweite Datensammlung. Deshalb wurde in Jahres- und Geschäftsberichten nach entsprechenden Informationen gesucht, was jedoch kein nationales Versorgungsbild ergab: Einerseits publizierte nur rund die Hälfte der ambulanten Versorger Daten zur Inanspruchnahme, andererseits waren die Angaben zu Anzahl Fälle, Taxpunkten oder Anzahl Konsultationen nicht einheitlich. Zum Teil wurde detailliert nach Geschlecht berichtet, aber selten in Alterskategorien unterteilt. Viele Jahres- und Geschäftsberichte unterschieden sich auch von einem Jahr zum nächsten in Bezug auf die Ausführlichkeit. Einige Institutionen publizierten keinerlei Angaben zur Inanspruchnahme ihres ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots. Über die Versorgung durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinderärztinnen und Kinderärzte stehen überhaupt keine verlässlichen Informationen zur Verfügung, nur einige Schätzwerte.

Die Daten- und Informationslücken in den ambulanten medizinischen Fachbereichen könnten sich aber in den nächsten Jahren zunehmend schliessen. Dies dank dem Projekt «Aufbau der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung als Beitrag für ein integrales statistisches Gesundheitsinformationssystem», das auch als Projekt «MARS» (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) bekannt ist (Bundesamt für Statistik, 2014b). Es besteht aus mehreren Teilprojekten, einer Mischung aus Projekten zur Erhebung von Struktur- und Patientendaten. Prioritär sind die Projekte zur Erfassung der Struktur- und Patientendaten der ambulanten Dienste der Spitäler sowie der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren. Im Weiteren soll dann die Erfassung der Patientendaten der Arztpraxen angegangen werden. Damit sollen schliesslich Informationen zur Versorgung und Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten, niedergelassenen Kinder- und

Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern und delegierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorhanden sein und für Analysen zur Verfügung stehen.

Sozialpsychiatrische Dienste sowie Beratungsstellen und psychotherapeutische Versorgung

Für die (Früh-)Erkennung und teilweise auch Behandlung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen spielen SPDs und Erziehungs-, Familien- und Jugendberatungsstellen eine zentrale Rolle. In ein Gesamtbild der psychischen Gesundheitsversorgung im Kindes- und Jugendalter müssen deshalb zwingend auch Informationen dieser Anbieter einfließen. Da sie aber nicht den Gesundheitsdepartementen unterstellt sind, wird über ihren diesbezüglichen Beitrag weniger berichtet. Auch werden diese Leistungsaufträge kommunal oder kantonale finanziert und ausgeführt. Das ist wohl einer der Gründe weshalb es keine schweizweit koordinierte Erhebung von Daten zur Inanspruchnahme dieser Anbieter gibt. Eine Recherche bei den SPDs zeigte, dass nur vereinzelt Jahresberichte öffentlich verfügbar sind. Dasselbe gilt für entsprechende Informationen von Erziehungs-, Familien- und Jugendberatungsstellen, zu deren Datenlage exemplarisch eine detaillierte Recherche in den Kantonen Basel-Land und Basel-Stadt durchgeführt wurde.

Ein erstes nationales Daten-Projekt gibt es in der Schulpsychologie: Das standardisierte Abklärungsverfahren (SAV) ist seit dem Schuljahr 2015/16 ein verbindliches Instrument für eine Bedarfsabklärung von möglichen Sonderschulmassnahmen. Es ist damit ein erster Ansatz einer systematischen und einheitlichen Erhebung von Informationen zur Leistungserfassung (EDK, 2014). Allerdings erfassen zurzeit noch nicht alle Kantone die SAV elektronisch. Wenn sich das elektronische System durchsetzt, könnte damit eine praktikable Basis für eine gesamtschweizerische Datenerhebung geschaffen werden auch für andere Leistungen der SPDs, die spezifisch mit der Behandlung von psychischen Störungen zu tun haben. Im Moment bleiben aber – sowohl kantonale als auch nationale – aussagekräftige Daten über diese Anbieter Wunschenken.

Epidemiologie: Prävalenz von psychischen Störungen und Auffälligkeiten

Im epidemiologischen Kernthema von Mental Health bei Kindern und Jugendlichen, der Prävalenz von psychischen Störungen und Auffälligkeiten, gibt es keine aktuelle Studie. Deshalb werden bis heute die Referenzwerte der ZESCAP-Studie (Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology) von 1994 sowie der darauf aufbauenden Längsschnittstudie ZAPPS (Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie, Datenerhebungen 1994 bis 2004/05) zitiert. Wie die Bezeichnung verrät, handelt es sich dabei aber nicht um eine schweizweite Studie. Sie ist auf den Kanton Zürich beschränkt. Aktuellere epidemiologische Studien aus dem betrachteten Zeitraum von 2006 bis 2016 haben einzelne Störungsbilder im Fokus, z.B. die Optimus-Studie, die sich auf die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung konzentrierte (Landolt et al., 2013). Die Prävalenzraten psychischer Störungen allgemein wurden bei Heimkindern und -jugendlichen gut beforscht.

Studien, die die Prävalenz von psychischen Störungen nicht mit diagnostischen Instrumenten erfassen, sondern die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten mithilfe von Fragebogen bzw. Skalen einschätzen, sind etwas öfter zu finden, zumindest auf kantonaler Ebene. Einige Schülerbefragungen, z.B. durchgeführt von Schulgesundheitsdiensten, lassen sich teilweise miteinander vergleichen, da sie denselben Fragebogen verwendeten: den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), der Verhaltensauffälligkeiten misst.

Beim Überblick über die epidemiologischen Studien fällt vor allem auf, dass das Wissen über die psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern bis zum siebten Lebensjahr einer «Dunkelkammer» gleichkommt. Es konnte einzig eine Bachelorarbeit gefunden werden, die sich mit der Prävalenz von Regulationsstörungen befasste. Für die Prävention sind jedoch bereits Studien ab der Geburt wichtig, um den Versorgungsbedarf abzuschätzen und mehr über Risikofaktoren für die spätere Entwicklung von psychischen Störungen zu erfahren. Auch um Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie andere Fachpersonen, die mit Säuglingen und Kleinkindern arbeiten, für die Thematik zu sensibilisieren, braucht es für dieses frühe Alter Prävalenzzahlen. Eine aktuell laufende Studie, die am Rande die psychische Gesundheit von kleinen Kindern berücksichtigt, ist SPLASHY. Erste Ergebnisse sind im 2017 zu erwarten.

Allgemeines psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Das allgemeine psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Schulkindern und Jugendlichen werden über die von der WHO initiierten HBSC-Studien gut abgedeckt. Die alle vier Jahre wiederholten und in verschiedenen Ländern durchgeführten Befragungen erlauben, die Zahlen aus der Schweiz mit denen anderer Länder zu vergleichen und Veränderungen über die Jahre zu beobachten. Im Prinzip wäre es auch möglich, die Ergebnisse zwischen den Kantonen zu vergleichen, aber bisher sind keine entsprechenden Berichte vorhanden. Gewisse kantonale Schulgesundheitsbefragungen enthalten ebenfalls Fragen zu Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Diese Erhebungen bieten den Kantonen eine Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. Als erste epidemiologische Studie mit einer gesamtschweizerischen, repräsentativen Datenerhebung im Kinder- und Jugendalter hat die CSHCN-Studie die Lebensqualität von Kindern mit speziellen Versorgungsbedürfnissen erhoben sowie die Lebensqualität dieser Kinder im Vergleich zu anderen Kindern betrachtet. Wie viele dieser Kinder psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung benötigen, konnte aus den publizierten Berichten nicht eruiert werden. Die Nachfolgestudie (S-YESMH-Studie) untersucht das CSHCN-Sample im Jugendalter. Sie wird aktuell durchgeführt und es sollen auch die Prävalenzen von psychischen Störungen erhoben werden.

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Weitere epidemiologische Studien, die in den letzten zehn Jahren in der Schweiz durchgeführt wurden, befassen sich mit Kindern in besonderen Belastungssituationen, wie z.B. Kinder suchtkranker Eltern. Solche Untersuchungen können aufzeigen, wie sich diese Belastungen auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirken und wie wichtig es ist, präventiv zu intervenieren. Schade ist allerdings, dass oft während der Dauer eines Forschungsprojektes für die jeweilige Thematik sensibilisiert wird sowie Netzwerke und Strukturen aufgebaut werden, diese aber nach Abschluss des Projektes häufig wieder verloren gehen.

Zwei Themenbereiche, die gut mit schweizweiten, repräsentativen und sich wiederholenden Studien abgebildet werden, sind Medienkonsum und Suchtverhalten. Zu nennen sind beispielsweise die HBSC-Befragungen in Schulen zu Risikoverhalten sowie die James- und Mike-Befragungen zu Medienkonsum. Ausserdem sind die Befragungen in den Kantonen von Schulärztlichen Diensten oder auch die ESPAD-Befragung zu Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum zu erwähnen, die allerdings 2007 zum letzten Mal durchgeführt wurde. Wie die Erhebungen zum allgemeinen psychischen Wohlbefinden erlauben diese regelmässigen Befragungen ein Monitoring z.B. der Mediensucht wie auch des Konsums psychoaktiver Substanzen über die Zeit. Damit kann ein Frühwarnsystem etabliert werden, sodass auch Planung und Einsatz von primären und sekundären Präventionsmassnahmen gezielter erfolgen können.

Vergleiche: regional, kantonal, international

Wohl die meisten Studien, die schweizweit durchgeführt werden, könnten auch kantonale bzw. regionale Aussagen machen – tatsächlich konnten jedoch nirgends entsprechende Auswertungen gefunden werden. Zwar gibt es beispielsweise von den HBSC-Daten Auswertungen von einzelnen Kantonen, aber keine Vergleiche zwischen den Kantonen oder Regionen wie z.B. Stadt und Land. Da einige Datensätze nach einer gewissen Sperrfrist zugänglich sind, liessen sich nachträglich diesbezügliche Auswertungen durchführen. Auch gibt es Studien, die in einem europäischen Verbund durchgeführt werden: Die HBSC-Studie wie auch die ESPAD-Studie werden beispielsweise in rund 40 europäischen Ländern durchgeführt. Mittels standardisierter Indikatoren ist es möglich, die Schweizer Daten mit denen anderer teilnehmender Länder zu vergleichen. So liess sich beispielsweise zeigen, dass in der Schweiz der Cannabiskonsum vergleichsweise hoch ist (Hibell et al., 2009). Auch für andere Themen wie beispielsweise Schulstress oder Prävalenz von psychischen Störungen können solche internationalen Vergleiche wichtige Hinweise für die Gesundheitspolitik geben.

6 Fazit

Gute Versorgung braucht verlässliche Zahlen – doch fehlen diese im Bereich der psychischen Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter in der Schweiz weitgehend. Psychische Krankheiten gelten als eine der grössten Herausforderungen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert. Public Health Schweiz hat in einem Aufruf festgehalten: «Bessere Gesundheitsdaten für ein effizienteres Gesundheitswesen sind dringlich». Das Positionspapier der Arbeitsgruppe Mental Health für Kinder und Jugendliche von Public Health Schweiz (Haemmerle et al., 2016) fordert dies auch für den Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Datenlücken im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden auch im Bericht für das BAG von Dratva (2017) als Problem erkannt und ihre Behebung als prioritär eingestuft. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass Quer- und Längsschnittdaten wichtige Informationsquellen bedeuten. Schliesslich wurde bei den Kindern jünger als 10 Jahre ein besonderer Mangel an entsprechenden Daten identifiziert.

In Bezug auf die Inanspruchnahme und Behandlung von psychischen Störungen ist es dringend notwendig, die Daten zu stationären Behandlungen – wie sie vom BFS und ANQ erhoben werden – durch diejenigen zu ambulanten Behandlungen zu ergänzen, und zwar sowohl im institutionellen wie auch im privaten Sektor. MARS scheint eine mögliche Realisierung dieses Anliegens. Die Skepsis aufseiten der Datenlieferanten weist auf die grossen Herausforderungen bei der Umsetzung solcher Projekte hin. Grundsätzlich stimmen wohl alle Akteure zu, dass präzise Versorgungsdaten unabdingbar sind, um das Behandlungsangebot den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen anzupassen. Es ist zu hoffen, dass Leistungserbringer bereit sind, sich an der Datenerhebung zu beteiligen. Diese Informationen böten schliesslich auch eine Diskussionsgrundlage, z.B. wenn es um Mittelallokation geht, um Angebote zu erweitern bzw. zu konsolidieren. Im Übrigen könnten auch die kantonal durchaus vorhandenen Daten auf nationaler Ebene zusammengeführt werden, um daraus fundierte Argumente abzuleiten.

Die Daten der medizinischen Versorgung müssen zusätzlich durch Informationen über die von Beratungsdiensten angebotene Behandlung bzw. Betreuung ergänzt werden, z.B. der schulpsychologischen Dienste, der schulärztlichen Dienste oder der Familien- und Jugendberatungsstellen. Die Koordination und Vereinheitlichung der Datensammlung schulpsychologischer Dienste, wie sie im standardisierte Abklärungsverfahren (SAV) seit dem Schuljahr 2015/16 für eine Bedarfsabklärung von möglichen Sonderschulmassnahmen vorgesehen ist, kann als beispielhaftes Projekt gelten. Die Daten der verschiedenen Systeme zu verbinden dürfte allerdings äusserst schwierig sein, weil unterschiedliche Departemente zuständig sind und unterschiedliche Finanzierungssysteme bestehen. Informationen über die gesamte bzw. durchschnittliche Inanspruchnahme von Behandlungen psychischer Probleme müssen deshalb anders generiert werden. Eine Möglichkeit sind Erhebungen, wie sie zum Beispiel im Rahmen der Bella-Studie in Deutschland durchgeführt werden: Diese erfasst neben Informationen zur psychischen Gesundheit auch Versorgungsdaten der Befragten, nämlich zur Inanspruchnahme von psychiatrischen, sozialpsychiatrischen, psychotherapeutischen, psychologischen oder sozialpädagogischen Versorgungsleistungen.

In der Epidemiologie fehlen neuere schweizweite Prävalenzzahlen für psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen. Auch Prävalenzzahlen für psychische Auffälligkeiten sind nur von einigen Kantonen bzw. Städten vorhanden. Daten von Kindern unter sieben Jahren fehlen ausnahmslos. Früher wurde kontrovers diskutiert, ob Kleinkinder psychische Störungen haben können. Heute geht man davon aus, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter genauso häufig sind wie später in der Entwicklung. Sie zeigen sich z.B. als Fütterstörungen oder als Beziehungsstörung zur primären Bezugsperson. Seit der Einführung des «Zero to Three», also der Diagnostischen Klassifikation von psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr in den 1990er Jahren, sind Begriffe und Definitionen für ebendiese Störungen vorhanden (Zero to Three, 2011).

In verschiedenen Ländern werden repräsentative Längs- und Querschnittstudien zur Epidemiologie psychischer Störungen und/oder Auffälligkeiten und Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Gesundheitsmonitorings durchgeführt. Solche Studien helfen, Massnahmen in Prävention und Behandlung zu planen. Ein Beispiel ist die laufende Mental Health of

Children and Young People (MHCYP)-Studie in Grossbritannien¹⁸, die Kinder ab zwei Jahren miteinbezieht und auch die Inanspruchnahme erfasst. Aber auch die längsschnittlich angelegte Bella-Kohortenstudie aus Deutschland ist dafür beispielhaft. Neben der Untersuchung der Inanspruchnahme liegt dabei der Fokus auf der Untersuchung von psychischen Auffälligkeiten im Verlauf: von der Kindheit über die Jugend bis ins junge Erwachsenenalter hinein. Inzwischen fanden eine Basiserhebung und zwei weitere Erhebungen statt. Für die Schweiz gilt: Viele der identifizierten Datenlücken könnten mit einer ähnlichen Studie behoben werden.

¹⁸ <http://www.hra.nhs.uk/news/research-summaries/mhcyp-2016-v1>

7 Literaturverzeichnis

Ambulante Psychiatrische Dienste Zug. Medizinische Statistik APD-KJ (01.01.2006 - 31.12.2015). Verfügbar unter www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion → Ambulante Psychiatrische Dienste → APD für Kinder und Jugendliche → Publikationen → Medizinische Statistik APD-KJ 2015 (Zugriff am 25.11.2016)

Archimi, A., & Delgrande Jordan, M. (2014). Rapport de recherche N° 67 Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence: définition, opérationnalisation et description, des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse. Verfügbar unter <http://www.hbsc.ch> → Bibliografie (Zugriff am 20.05.2017)

Auer, C. (2013). Cyberbullying - Belastungen und Folgen: Eine explorative Befragung von Jugendlichen, Eltern und Lehrpersonen (Masterarbeit). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. doi: 10.21256/zhaw-920

Auer, C., & Zäch, S. (2011). Sexuelle Belästigung von Jugendlichen im Internet Chat: eine quantitative Untersuchung 12- bis 16-jähriger Schülerinnen und Schüler der Stadt Zürich (Bachelorarbeit). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. doi: 10.21256/zhaw-680

Averdijk, M., Müller-Johnson, K., & Eisner, M. (2011). Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation. Zürich: UBS Foundation.

Baier, V., Favrod, J., Ferrari, P., Koch, N., & Holzer, L. (2013). Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 94-99. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00380.x

Bänziger, A., Treusch, Y., Rüesch, P., & Page, J. (2011). Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung. Verfügbar unter www.sagw.ch → laufende Projekte in den Schwerpunkten → Gesundheit → Publikationen (Zugriff am 03.12.2016)

Ballif A. (2015). Transition école-travail et consommation d'alcool: enquête auprès d'adolescents en mesures de transition (Masterarbeit). Universität Lausanne. Verfügbar unter oai:serval.unil.ch:BIB_S_000000022376

Bundesamt für Statistik (2014a). Gesundheitsstatistik 2014. Verfügbar unter www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Publikationen (Zugriff am 31.10.2017)

Bundesamt für Statistik (2014b). Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS (module ambulatoires de Relevés sur la Santé). Verfügbar unter www.bfs.admin.ch → Grundlagen und Erhebungen → Projekte → Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS) (Zugriff am 25.05.2017)

Bundesamt für Statistik (2016). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2015 – Standardtabellen, Statistique médicale des hôpitaux 2015 – Tableaux standard. Résultats provisoires. Verfügbar unter www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Publikationen (Zugriff am 31.10.2017)

Bundesamt für Sozialversicherungen (2014). Aktueller Stand der Kinder- und Jugendpolitik in der Schweiz zuhanden der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrates (WBK-N). Verfügbar unter www.bsv.admin.ch → Kinder- und Jugendpolitik → Grundlagen und Gesetze (Zugriff am 25.05.2017)

Centre Neuchâtelois de Psychiatrie. Rapport de gestion 2015. Verfügbar unter www.cnp.ch → Le CNP → Publications (Zugriff am 23.05.2017)

CHUV. Rapport annuel 2015. Verfügbar unter www.chuv.ch → En bref → Publications → Documents institutionnels (Zugriff am 23.05.2017)

Clienia AG. Jahresbericht 2015. Verfügbar unter www.clenia.ch → über uns (Zugriff am 23.05.2017)

- Dammann, G., Dursteler-MacFarland, K. M., Strasser, H., Skipper, G. E., Wiesbeck, G. A., & Wurst, F. M. (2014). Cannabis use among a sample of 16 to 18 year-old students in Switzerland. *Psychiatria Danubina*, 26(1), 56-65.
- Dey, M., Mohler-Kuo, M., & Landolt, M. A. (2012). Health-related quality of life among children with mental health problems: a population-based approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(73). doi: 10.1186/1477-7525-10-73.
- Dey, M., Landolt, M. A., & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: a systematic review. *Quality of Life Research*, 21(10), 1797-1814. doi:10.1007/s11136-012-0109-7
- Dratva, J. & Späth, A. (2017). Forschungsprojekt. Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute.
- Dvorak, A., Schnyder-Walser, K., Ettl, K., Ruffin, R., & Büttler, C. (2011). Befragung von stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ohne Subventionen des Bundesamtes für Justiz [Teilbericht]. Verfügbar unter <http://academy.socialdesign.ch/wp-content/uploads/2011/09/120521teilberichtbefragungseinrichtungensocialdesign.pdf> (Zugriff am 20.05.2017)
- Eckert, A., Liesen, C., Thommen, E., & Zbinden Sapin, V. (2015). Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Frühkindliche Entwicklungsstörungen und Invalidität. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Eichenberger, Y. & Delgrande Jordan, M. (2017). Unterstützung durch Familie und Freundeskreis sowie Personen im schulischen Umfeld: Wahrnehmung der 11- bis 15-Jährigen und Zusammenhang zum psychischen Wohlbefinden und zum Konsum psychoaktiver Substanzen. Verfügbar unter www.hbsc.ch → Bibliografie (Zugriff am 25.5.2017)
- Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Delgrande Jordan, M. (2017). Schulstress bei Jugendlichen in der Schweiz: Aktuelle Zahlen, zeitliche Entwicklung und Wohlbefinden Betroffener. Verfügbar unter www.hbsc.ch → Bibliografie (Zugriff am 25.05.2017)
- Fabbro, A., Rizzi, E., Schneider, M., Debbane, M., & Eliez, S. (2012). Depression and anxiety disorders in children and adolescents with velo-cardio-facial syndrome (VCFS). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(7), 379-85. doi: 10.1007/s00787-012-0273-x
- Familien-, Paar- und Erziehungsberatung (Fabe) (2016). Jahresbericht 2015. Verfügbar unter www.fabe.ch → Über uns → Jahresberichte (Zugriff am 31.05.2017)
- Fischer, S., Dolitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review*, 67, 203-211.
- Frigerio, A., Rucci, P., Goodman, R., Ammaniti, M., Carlet, O., Cavolina, P., De Girolamo, G., &... Molteni, M. (2009). Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4), 217-226.
- Fürstenu U. & Rhiner B. (2009). Kinder- und Jugendpsychiatrie: Multisystemische Therapie (MST). Die jugendpsychiatrische Intensivstation zu Hause. *Swiss Medical Forum*, 9(1-2), 17-18.
- Gerstenberg, M., Theodoridou, A., Traber-Walker, N., Franscini, M., Wotruba, D., Metzler, S., Müller, M., Dvorsky, D., Correll, C.U., Walitza, S., Rössler, W., & Heekeren, K. (2016). Adolescents and adults at clinical high-risk for psychosis: Age-related differences in attenuated positive symptoms syndrome prevalence and entanglement with basic symptoms. *Psychological Medicine*, 46(5), 1069-1078. doi: 10.1017/S0033291715002627
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2014). Basel-Stadt Jugendbefragung: psychische Gesundheit. Basel-Stadt: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Aktuelle Interventionen für die Module B, C und D des kantonalen Aktionsprogramms (KAP). Eine erste Orientierungsliste. Verfügbar unter www.gesundheitsfoerderung.ch → kantonale Aktionsprogramme → psychische Gesundheit → Kinder und Jugendliche → Projekte → Aktuelle Interventionen für die Module B, C und D des kantonalen Aktionsprogramms (KAP) (Zugriff am 23.05.2017)
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burdens. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Guggenbühl, L., Ettl, R., & Ruffin, R. (2012). Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung [Schlussbericht]. Verfügbar unter www.bag.admin.ch → Themen → Mensch & Gesundheit → Psychische Gesundheit →

Politische Aufträge im Bereich psychische Gesundheit → Postulat: Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz (Zugriff am 20.05.2017)

Guggisberg, C., Steffen, T., & Schenk, D. (2007). Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt: Ergebnisse der Schülerbefragung 2006. Verfügbar unter <http://www.medienmitteilungen.bs.ch/img-492-f.pdf> (Zugriff am 25.05.2017)

Haemmerle, P. (2007). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz: ist-Zustand und Perspektiven: Bestandesaufnahme der privaten und öffentlichen Angebote und daraus hervorgehende Überlegungen und Konsequenzen für eine Public Mental health-basierte Versorgungsplanung (Masterarbeit). Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich

Haemmerle, P., Nieuwenboom, W., & von Wyl, A. (2016). Mental Health bei Kindern und Jugendlichen: Förderung, Prävention, Früherkennung und Behandlungsangebote. Positionspapier der Fachgruppe Mental Health von Public Health Schweiz.

Hall-Bieri, J. (2013). Mutter und Kind in der Psychiatrie: Situations- und Bedarfsanalyse zur Mutter-Kind-Hospitalisation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext in der Region Nordwestschweiz (Masterarbeit). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. doi: 10.21256/zhaw-928

Hefti, S., In-Albon, T., Schmeck, K., & Schmid, M. (2013). Temperaments- und Charaktereigenschaften und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung an Schulen in Basel. *Nervenheilkunde*, 32(1-2), 45-53.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, & Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Stockholm

Hösl-Leu, S. (2016) Exzessives Schreien, Schlaf- und Essprobleme in der frühen Kindheit (Masterarbeit). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Hollosi, E., Steffen, T., Ledergerber, M., Schenk, D., & Team Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt. (2010). Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.

Holzer, L., Pihet, S., Moses Passini, C., Feijo, I., Camus, D., & Eap, C. (2014). Substance use in adolescent psychiatric outpatients: Self-report, health care providers' clinical impressions, and urine screening. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 23(1), 1-8. doi: 10.1080/1067828X.2012.74790

Hôpitaux universitaires de Genève. CHIFFRES-CLÉS 2015. Verfügbar unter www.hug-ge.ch → Les HUG → publications (Zugriff am 11.04.2017)

In-Albon, T., Zumsteg, U., Müller, D., & Schneider, S. (2010). Mental disorders in the pediatric setting: results of a Swiss survey. *Swiss Medical Weekly*, 140, w13092. doi:10.4414/smw.2010.13092

Inchley J., Curry, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Barnekow, V. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

Imbach, D., Aebi, M., Winkler Metzke, C., Bessler, C., Steinhausen, H. C. (2013). Internalizing and externalizing problems, depression and self-esteem in non-detained male juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(7). doi: 10.1186/1753-2000-7-7

Juvenir-Studie 4.0 (2015). Zuviel Stress – zuviel Druck! Wie Schweizer Jugendliche mit Stress und Leistungsdruck umgehen. Eine Studie der Jacobs Foundation, verfasst von Prognos

Kantonsspital Obwalden. Geschäftsbericht 2015. Verfügbar unter www.ksow.ch → Unternehmen → Geschäftsberichte (Zugriff am 23.05.2017)

Kantonsspital Winterthur. Jahresbericht 2015. Verfügbar unter www.ksw.ch → über das KSW → Medien → Publikationen (Zugriff am 23.05.2017)

Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. (2016). Gesundheitsversorgung 2016: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie. Verfügbar unter www.gd.zh.ch → Gesundheitsdirektion → Veröffentlichungen → Gesundheitsversorgungsbericht (Zugriff am 20.05.2017)

- Katz, J. (2012). Babysprechstunden in der Schweiz: Psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen (Bachelorarbeit). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. doi: 10.21256/zhaw-707
- Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen. Jahresbericht 2015. Verfügbar unter www.kjpd-sg.ch → Über uns → Publikationen → Jahresberichte (Zugriff am 23.05.2017)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden. Jahresbericht 2015. Verfügbar unter kjg-gr.ch → Download (Zugriff am 23.05.2017)
- Klasen, F., Meyrose, A., Otto, C., Reiß, F. & Ravens- Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kinderheilkunde*, 165, 402–407 doi: 10.1007/s00112-017-0270-8
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 491-502.
- Kretschmann, A., Archimi, A., Windlin, B., Eichenberger, Y., Bacher, E., & Delgrande Jordan, M. (2015a). Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern: Deskriptive Statistik der 2014 erhobenen Daten des Kantons Graubünden. Chur: Kanton Graubünden.
- Kretschmann, A., Archimi, A., Windlin, B., Eichenberger, Y., Bacher, E., Delgrande Jordan, M. (2015b). Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern: Deskriptive Statistik der 2014 erhobenen Daten der Kantone Nidwalden, Obwalden und Uri. Verfügbar unter www.ow.ch/dl.php/de/57e018051c60c/MM_FD_SJD_BKD_Gesundheitsstudie_Jugendliche.pdf (Zugriff am 23.05.2017)
- Krüger, P. & Zobrist, P. (2015). Evaluation des Projektes „HotA – Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau - Zusammenfassung. Luzern: Hochschule Luzern.
- Kupferschmid, S., Gysin-Maillart, A., Bühler, S. K., Steffen, T., Michel, K., Schimmelmann, B., & Reisch, T. (2013). Suizidversuche bei 257 Adoleszenten: Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Methoden und Suizidversuchen in der Vorgeschichte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 401-405. doi: 10.1024/1422-4917/a000256
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779-85. doi: 10.1007/s00787-014-0622-z
- Lacina, R. M., Staub-Ghielmini, S., Bircher, U., Bianchi, F., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Die Erfassung von Problemverhalten bei Jugendlichen und ihre psychische Belastung im Selbsturteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(1), 36-62. doi: 10.13109/prkk.2014.63.1.36
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schönbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: a national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209-16. doi: 10.1002/jts.21794
- Liesen, C. (2013). Datenanalyse zur jüngeren Entwicklung der Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe im Kanton Zürich (1995–2010). Verfügbar unter www.hfh.ch → projekte (Zugriff am 20.05.2017)
- Luzerner Psychiatrie. Geschäftsbericht 2015. Verfügbar unter www.lups.ch → über uns → Portrait → Zahlen und Fakten → Geschäftsbericht Luzerner Psychiatrie (Zugriff am 23.05.2017)
- Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B., & Delgrande Jordan, M. (2015). Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986: Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC). Verfügbar unter www.suchtschweiz.ch → Forschung → HBSC (Zugriff am 25.5.2017)
- McKernan, S., Harfst, E., & Bührlen, B. (2016). Nationaler Vergleichsbericht: Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie: Nationale Messungen stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie: Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Verfügbar unter www.anq.ch → Messergebnisse → Ergebnisse Psychiatrie → Kinder- und Jugendpsychiatrie → 2015 → Nationaler Vergleichsbericht 2015 (Zugriff am 23.05.2017)
- Medizinische Dienste. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2015). Basel-Stadt Jugendbefragung: psychische Gesundheit. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Meylan, N., Doudin, P. A., Curchod-Ruedi, D., Antonietti, J. P., & Stephan, P. (2015). Stress scolaire, soutien social et burnout à l'adolescence: quelles relations? *Éducation et francophonie*, 43(2), 135-153. doi: 10.7202/1034489

- Mohler-Kuo, M. & Dey, M. (2011). A comparison of health-related quality of life between children with versus without special health care needs, and children requiring versus not requiring psychiatric services. *Quality of Life Research*, 21(9), 1577-1586, doi: 10.1007/s11136-011-0078-2
- Morgenthaler, C., Zehnder, S., Peng, A., & Brodbeck, K. (2010). Wertorientierungen und Religiosität: Ihre Bedeutung für die Identitätsentwicklung und psychische Gesundheit Adoleszenter. Verfügbar unter www.nfp58.ch → Publikationen (Zugriff am 20.05.2017)
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., & Riecher-Rössler, A. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Medical Weekly*, 143, 13759. doi: 10.4414/smw.2013.13759
- Nant Fondation. Rapport Annuel 2015. Verfügbar unter www.nant.ch → Communication → Publications → Rapports annuels (Zugriff am 23.05.2017)
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J. C., Diserens, C., Alsaker, F., & Michaud, P. A. (2004). Gesundheit und Lebensstil 16-20jähriger in der Schweiz SMASH (2002). Lausanne: raisons de santé. Verfügbar unter http://files.chuv.ch/internet-docs/umsa/umsa_smash_d_4.pdf (Zugriff am 20.05.2017)
- Nieuwenboom, J. W. (2009). Untersuchung zur Befindlichkeiten von Kindern mit einem krebserkrankten Elternteil. One-year Longitudinal Study of the Well-being of children who have a Parent with Cancer. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Office for National Statistics. Social and Vital Statistics Division, Office for National Statistics. Health and Care Division, Ford, T., Goodman, R. (2005). Mental Health of Children and Young People in Great Britain, 2004. UK Data Service. SN: 5269, <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-5269-1>
- Pecoraro, N., Zingg, N., Ledergerber, M., & Ste, T. (2012). Jugendgesundheitsbericht 2012: Die Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Verfügbar unter <http://www.bs.ch/news/2012-06-11-mm-51703.html> (Zugriff am 25.05.2017)
- Psychiatrie Baselland. Geschäftsbericht 2015. Verfügbar unter www.pbl.ch → über uns → Publikationen → Geschäftsbericht (Zugriff am 23.05.2017)
- Psychiatrische Dienste Aargau AG. Geschäftsbericht 2015 Psychiatrische Dienste Aargau AG. Verfügbar unter www.pdag.ch → Porträt → Geschäftsberichte (Zugriff am 23.05.2017)
- Rickenbacher, A. (2013). Artikel 32. Volksschulverordnung (VSV) vom 10.01.2013. Bern.
- Rüesch, P., Altwicker-Hämori, S., Juvalta S., & Robin, D. (2014). Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich. Verfügbar unter <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/igw/news/news-behandlung-von-adhs-zhaw.pdf> (Zugriff am 20.05.2017)
- Pini Züger, F. I. (2008). Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16-jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich: Erstellung eines Erhebungsinstruments und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008 (Masterarbeit). Public Health der Universitäten Basel, Bern, Zürich.
- Schär, M., & Weber, S. (2015). Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz: Ergebnisse einer Befragung. (Arbeitspapier 35). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Schmid, M. (2016) Implementierung und Evaluation der Multisystemischen Therapie Kinderschutz (MST-CAN) in den Regionen Basel und Thurgau (PowerPoint Präsentation). Verfügbar unter <http://www.equals.ch/files/vortraege/802/implementierung-und-evaluation-der-multisystemischen-therapie-kinderschutzmst-canin-den-regionen-basel-und-thurgau.pdf> (Zugriff am 25.05.2017)
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J., & Schmeck, K. (2012). Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Modellversuches Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ). Verfügbar unter http://www.integras.ch/images/_pdf/themenmenu/ausbildung_forschung/forschung/2012_MAZ_Zusammenfassung_de.pdf (Zugriff am 25.05.2017)
- Schmitt J., Rossa, K., Rudiger, M., Reichert, J., Schirutschke, M., Frank, H., Roessner, V., Berner, R. & Siegert, E. (2015). Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse einer populationsbezogenen Untersuchung in Dresden. *Kinder- und Jugendarzt*, 46(6), 312-325.

- Schulgesundheitsdienst Obwalden (2013). Bericht und Auswertungen Schulgesundheitsdienst Kanton Obwalden 2012. Verfügbar unter http://www.ow.ch/dl.php/de/5641e9538a10d/OW-35437-v1-BerichtSG_2012.pdf (Zugriff am 25.05.2017)
- Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich. (2013). Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung - Schuljahr 2012/13. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) (2014). Standardisiertes Abklärungsverfahren (SV). Instrument des Sonderpädagogik-Konkordats als Entscheidungsgrundlage für die Anordnung verstärkter individueller Massnahmen Handreichung. Verfügbar unter www.edk.ch → Publikation EDK (Zugriff am 23.05.2017)
- Schweizerischer Bundesrat (2015). Kinder und Jugendliche mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in der Schweiz. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats (12.3672): Claude Hêche «Autismus und andere schwere Entwicklungsstörungen: Übersicht, Bilanz und Aussicht» vom 10. September 2012.
- Solothurner Spitäler. Geschäftsbericht 2015. Verfügbar unter www.so-h.ch → Unternehmen → (Zugriff am 23.11.2016)
- Spital Thurgau Psychiatrische Dienste. Statistiken & Zahlen 2015. Verfügbar unter: www.stgag.ch → Über uns → Geschäftsberichte (Zugriff am 23.05.2017)
- Spital Wallis. Geschäftsbericht 2015. Verfügbar unter: www.hospitalvs.ch/de → Berichte (Zugriff am 23.05.2017)
- Spitäler Schaffhausen. Jahresbericht 2015. www.spitaeler-sh.ch → Spitäler Schaffhausen → Organisation → Geschäftsbericht (Zugriff am 23.05.2017)
- Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262-71.
- Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2007). Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 508-13. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01721.x
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S., & Künzi, K. (2013). Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012: Angebot, Inanspruchnahme und Kosten. Verfügbar unter www.buerobass.ch → Gesundheitspolitik und Pflege (Zugriff am 23.05.2017)
- Staat Freiburg. FNPG Jahresbericht 2015. Verfügbar unter www.fr.ch/rfsm/de/pub/index.cf → Über uns → Veröffentlichungen des FNPG (Zugriff am 23.05.2017)
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., &... Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Verfügbar unter www.buerobass.ch → Gesundheitspolitik und Pflege (Zugriff am 23.05.2017)
- Sucht Schweiz (2015). Alles klar? Suchtmittelkonsum und Umgang mit Neuen Medien bei 13- bis 15-Jährigen. Lausanne: Sucht Schweiz. Verfügbar unter http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_294.pdf (Zugriff am 27.10.2017)
- Suris, J. C., Akre, C., Berchtold, A., Fleury-Schubert, A., Michaud, P. A., & Zimmermann, G. (2012). *ado@Internet.ch: Usage d'internet chez les adolescents vaudois*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Verfügbar unter [oai:serval.unil.ch:BIB_FF9F5C958E04](http://oai.serval.unil.ch:BIB_FF9F5C958E04)
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., Oppliger, S., Willemse, I., Schwarz, B., & Süss, D. (2015). MIKE: Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2015. Verfügbar unter https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/forschung/medienpsychologie/mike/Bericht_MIKE-Studie_2015.pdf (Zugriff am 25.05.2017)
- Tschumper, A. (2014). Kindergesundheitsbericht Stadt Bern: Die Gesundheit aus Sicht der schulärztlichen, schulsozialen und schulzahnärztlichen Praxis. Verfügbar unter www.bern.ch → Politik und Verwaltung → Stadtverwaltung → Direktion für Bildung, Soziales und Sport → Gesundheitsdienst (Zugriff am 20.05.2017)
- Tschumper, A. (2016). Jugendgesundheitsbericht 2016. Verfügbar unter www.bern.ch → Politik und Verwaltung → Stadtverwaltung → Direktion für Bildung, Soziales und Sport → Gesundheitsdienst → Aktuell → Jugendgesundheitsbericht 2016 (Zugriff am 25.05.2017)

- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (2016). UPD Jahresbericht 2015. Verfügbar unter: www.upd.ch → über uns → Jahresberichte (Zugriff am 23.05.2017)
- Universitätsklinik Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich. 2015 Jahresbericht
- Unterberg, A., Schröder, M., Perez, T., di Gallo, A., & Schmid, M. (2013). Der Zusammenhang von elterlichem Stress, Bindungsproblemen und psychischer Belastung von Pflegekindern. *Familiendynamik*, 38(4), 278-288.
- UPK Basel. Jahresbericht 2015. Verfügbar unter: www.upkbs.ch → über uns → Jahresberichte (Zugriff 23.05.2017)
- Urben, S., Baier, V., Mann, A., Senent, E., Dutoit, F., Graap, C., Cherix-Parchet, M., Henz, C., Faucherand, A., Yanez-Carbonnel, C. & Holzer, L. (2015). Extension des prestations de type "équipe mobile" aux foyers socio-éducatifs: projet pilote dans le canton de Vaud. *Revue Médicale Suisse*, 11(465), 617-621.
- van Dyck, Z., Bellwald, L., Kurz, S., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2013). Essprobleme im Kindesalter: Screening in der allgemeinen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21, 91-100. doi: 10.1026/0943-8149/a000091
- van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clanch-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 189-198.
- Vidal, S. I., Vandeleur, C., Rothen, S., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Halfon, O., Aubry, J. M., Ferrero, F., & Preisig, M. (2012). Risk of mental disorders in children of parents with alcohol or heroin dependence: a controlled high-risk study. *European Addiction Research*, 18(5), 253-64. doi: 10.1159/000337328
- Volksschulamt Kanton Zürich & Schulpsychologischen Dienste (2013). Stellenleitungskonferenz der Schulpsychologischen Dienste. Vereinbarung für die Zusammenarbeit im Kanton Zürich zwischen dem kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst und den Schulpsychologischen Diensten, vertreten durch das Volksschulamt und die Stellenkonferenz der Schulpsychologischen Dienste im Kanton Zürich. Zürich
- Von Kries, R., Kalies, H. & Papoušek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(5), 508–511. doi:10.1001/archpedi.160.5.508
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J., Karwautz, A.F. (2017) Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-017-0999-6
- Waller, G., Willemse, I., Genner, S., Suter, L., & Süss, D. (2016). JAMES: Jugend, Aktivitäten, Medien, Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2016. Verfügbar unter https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/forschung/medienpsychologie/james/2016/Ergebnisbericht_JAMES_2016.pdf (Zugriff am 25.05.2017)
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Link Egger, H., Solheim, E. & Hamre Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(6), 695-705.
- Wille, N. (2011). Die Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen im Ländervergleich: Implikationen für eine europäische Präventionsstrategie: Ergebnisse aus der KIDSCREEN-Studie (Dissertation). Universität Berlin. Verfügbar unter <http://d-nb.info/1026695511/34>
- Wurmser, H., Laubereau, B., Hermann, M., Papoušek, M. & von Kries, R. (2001). Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Human Development*, 64(1), 1–6. doi: 10.1016/S0378-3782(01)00166-9
- Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers, and Families (Ed.). (2005). DC: 0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Rev. ed). Washington D.C.: Zero To Three Press.
- Zuchuat, J. & Gingins, F. (2011). Gesundheit Freiburger OS-Schüler – Bestandesaufnahme und Untersuchung der Problemkumulation. Freiburg: School of Business Administration.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.